Approche tissulaire de l'ostéopathie

• Livre 1 •

Un modèle du corps conscient

Pierre Tricot

SULLY

Approche tissulaire de l'ostéopathie

Livre 1

Un modèle du corps conscient

Pierre Tricot
Ostéopathe, DO.

Approche tissulaire de l'ostéopathie

Livre 1

Un modèle du corps conscient

SULLY

Ouvrages traduits par Pierre Tricot
A. T. Still, *Autobiographie*, Sully, 1998.
A. T. Still, *Philosophie de l'ostéopathie*, Sully, 1999.
C. Trowbridge, *Naissance de l'ostéopathie* (en collaboration avec J.-H. Francès), Sully, 1999.
A. T. Still, *Ostéopathie, recherche et pratique*, Sully, 2001.
A. T. Still, *Philosophie et principes mécaniques de l'ostéopathie*, Sully, 2009.
Paul R. Lee, *Interface – Mécanismes de l'esprit en Ostéopathie*, Sully, 2011.
Guy D. Hulett, *Manuel de principes de l'ostéopathie*, Sully, 2011.
Rollin E. Becker, *La vie en mouvement. La vision ostéopathique de Rollin E. Becker*, Sully, 2012.
Nicholas Handoll, *Anatomie de la puissance vitale*, Sully, 2012.
Rollin E. Becker, *L'immobilité de la vie. La philosophie ostéopathique de Rollin E. Becker*, Sully, 2013.

Illustration de couverture :
aquarelle et acrylique de Jacques Trichet
trichet-jacques@wanadoo.fr

Photos : Studio Art'Images – F 50400 Granville - artimage@wanadoo.fr
Mise en pages : Hélène Baron, Ambodexter

© Éditions Sully, 2002
5e édition
BP 171, 56005 Vannes cedex France
Tél. : 02 97 40 41 85, fax : 02 97 40 41 88
E-mail : editions.sully@wanadoo.fr Site : editions-sully.com
ISBN 2-911074-40-8

Toute représentation, traduction ou reproduction, intégrale ou partielle, par tous procédés, en tous pays, faite sans autorisation préalable est illicite et exposerait le contrevenant à des poursuites judiciaires. Réf. : loi du 11 mars 1977, alinéas 2 et 3 de l'article 41.

« Être, c'est pénétrer à travers la surface

et plonger dans la réalité. »

Erich Fromm,
Avoir ou être ?,
éd. Robert Laffont, 1978, p. 121.

Aux consciences qui ont transmis
Aux consciences qui ont aidé
Merci

Je désire remercier plus particulièrement les personnes qui ont aidé à la conception et l'élaboration de ce livre, notamment :

- *Christiane, mon épouse, dont l'aide discrète mais constamment efficace et l'inconditionnel soutien sont inappréciables.*
- *François Bel qui m'a accompagné dans les séminaires pendant près de dix ans. Il a participé à l'évolution du concept tissulaire et m'a poussé à vaincre ma réticence à tenter d'exprimer l'indicible.*
- *Françoise Hématy, pour la complicité née de notre collaboration à l'*ApoStill*, et avec qui une communication particulièrement dynamisante n'a jamais cessé. Ses relectures incisives, ses conseils avisés m'ont particulièrement aidé.*
- *Marco Gabutti et Éric Simon, pour leurs relectures, leurs corrections et leurs remarques pertinentes.*
- *Patrick Devaux, Cécile Van Pee et Dimitri Bogdan pour les photos.*

SOMMAIRE

Avant-propos 9

Chapitre 1.
Disciples de Colomb 17

Chapitre 2.
Complexus 32

Chapitre 3.
Maîtres et modèles 44

Chapitre 4.
En direct avec la vie : la palpation 58

Chapitre 5.
Être 69

Chapitre 6.
Organiser 81

Chapitre 7.
Survivre 93

Chapitre 8.
Communiquer 111

Chapitre 9.
Synthèse 123

Chapitre 10.
Modus operandi 127

Chapitre 11.
Techniques essentielles 144

Chapitre 12.
Techniques sur le crâne et la colonne vertébrale 169

Chapitre 13.
Techniques sur la sphère viscérale et la cage thoracique 201

Chapitre 14.
Techniques sur les ceintures et les membres 213

Chapitre 15.
Les enfants 233

Chapitre 16.
Être, le praticien
Le praticien doit être patient 243

Chapitre 17.
La perception de l'être 256

Chapitre 18.
Le dialogue tissulaire 267

Chapitre 19.
Traiter à plusieurs 287

Conclusion.
Still-point 291

Épilogue 293

Bibliographie 294
Glossaire 299
Table des questions/réponses 311
Table des photos 314
Table des matières 316

Les mots suivis d'un astérisque figurent dans le glossaire.

Notes sur les citations

Beaucoup de citations de ce livre sont extraites d'ouvrages anglais ou américains.
Quand ceux-ci n'ont pas été traduits en français, comme ceux de W. G. Sutherland ou de R. Becker par exemple, j'ai moi-même assuré la traduction des passages cités.
Quand ils l'ont été, je cite la traduction publiée, sauf si elle me semble peu pertinente, voire incorrecte ; auquel cas j'ai assuré moi-même la traduction du texte original qui seul figure dans la bibliographie.

Les références des citations renvoient à la bibliographie sous la forme suivante : auteur, année d'édition du titre correspondant, page.

AVANT-PROPOS

J'ai très longtemps hésité avant d'écrire ce livre. Il m'a tout d'abord fallu le temps de parvenir à la sensation d'avoir atteint une maturité personnelle suffisante, accompagnée de la faculté d'exprimer clairement mes idées :

« *Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement,*
Et les mots pour le dire arrivent aisément. »
(Boileau, 1674, L'art poétique, Chant IV.)

Il faut du temps pour arriver à cela. C'est une réelle alchimie, nécessitant présence, observation, patience, persévérance, qualités qui ne m'étaient pas forcément inhérentes et que j'ai dû développer en chemin.

L'OSTÉOPATHIE, C'EST LA VIE

Apprendre l'ostéopathie, c'est apprendre la vie. Comme la vie ne s'apprend vraiment qu'en la vivant, j'ai appris l'ostéopathie en même temps que j'apprenais la vie : en la vivant d'abord quasi inconsciemment, puis avec de plus en plus de conscience. Mais le parcours n'est guère balisé, et le voyage pas toujours confortable. Je me sens à ce propos tout à fait proche de l'état d'esprit d'Andrew Taylor Still : « *Colomb dut se lancer, naviguer longuement et affronter beaucoup de tempêtes parce qu'il ne disposait pas de l'expérience écrite d'autres voyageurs pour le guider. Pour l'orienter il n'eut que quelques morceaux de bois flottant, différents de ceux de sa région.* » (Still, 1998, 24.)

Sur ce parcours, il y eut de nombreux essais parfois – souvent – infructueux, de nombreuses spéculations soumises à vérifications validantes ou invalidantes, de sorte que je fais mienne cette déclaration de Rollin Becker : « *L'apprentissage de la science ostéopathique ne se fait pas selon des directions précises ; c'est un chemin d'expériences, une voie d'évolution. En développant ma pratique, je me suis fourvoyé dans toutes les impasses possibles et imaginables. J'ai lutté de nombreuses fois pour retourner sur la route principale, pour finalement découvrir que j'étais dans une autre impasse. J'ai fait toutes les erreurs possibles, et j'en ferai certainement d'autres avant d'en avoir terminé. Le Dr Sutherland, lui-même, lucide jusqu'aux derniers jours de sa vie, apprenait encore la science de l'ostéopathie, développant de meilleurs moyens pour y accéder. C'est un beau voyage.* » (Brooks ed., 1997, 219[1].)

En cours de route, j'ai bien vite découvert que je n'étais pas le seul à rencontrer des difficultés. Beaucoup de mes congénères en exprimaient d'analogues. J'ai commencé à vraiment progresser lorsque j'ai compris que la vraie question, c'est la vie, et que, l'ostéopathie étant incluse dans la vie, le meilleur moyen pour la comprendre, c'est de comprendre la vie. Alléchant programme ! Ambitieux programme ! Difficile programme ! À mes questions, les réponses obtenues étaient le plus souvent sous forme de « *y'a*

1. Rachel Brooks MD, médecin américain ayant étudié l'ostéopathie auprès de Rollin Becker et Anne Wales. Elle a rassemblé et édité l'ensemble des textes de Rollin Becker, en deux volumes : *Life in Motion* (1997) et *The Stillness of Life* (2000). La référence *Brooks* correspond donc aux textes de Rollin Becker.

qu'à… » ou « *faut que tu…* », surtout beaucoup de « *faut surtout pas…* ». Recettes, *dogmes**, interdits, tout sauf la vie ! Avant de parler de l'ostéopathie, je vais donc parler de la vie ou plus exactement de ce que j'en comprends, avec la conscience des limites de cette compréhension, mais également de son utilité, validée par presque trente années de pratique professionnelle, et quinze années d'enseignement.

TRANSMETTRE

Dans *Manhood of Humanity*, Alfred Korzybski, le père de la sémantique générale[2], évoque une caractéristique spécifique à l'homme qui le distingue des autres espèces animales : la capacité potentielle de chaque génération humaine à commencer (approximativement) là où s'est arrêtée la génération précédente, et qui fait que nos enfants n'auront pas à réinventer le feu, la roue, l'eau chaude, les ordinateurs, etc. Il écrit : « *Une analyse fonctionnelle, libérée des anciennes suppositions zoologiques et mythologiques, a montré que les humains, dotés du système nerveux le plus développé, se distinguent spécifiquement par l'aptitude, d'une personne ou d'une génération, à commencer là où la précédente s'est arrêtée. J'ai nommé cette aptitude essentielle le time-binding. Ceci ne peut être accompli que par une classe de vie utilisant des symboles comme moyens de time-binding. Une telle aptitude repose sur, et nécessite, de "l'intelligence", des moyens de communication, etc. À ce niveau fondamentalement humain d'interdépendance, le time-binding conduit inévitablement à des sentiments de responsabilité, de devoir envers les autres et le futur, et par conséquent à une forme d'éthique, de morale, et à des réactions sociales et/ou socioculturelles semblables.* » (Korzybski, 1950, 1.) Ne pas transmettre, c'est interrompre une chaîne, empêcher ou en tout cas ralentir un processus évolutif de toute manière inéluctable.

Problèmes de transmission

Transmettre, donc, m'apparaît essentiel. Mais mon expérience d'enseignant m'a appris que ce n'est pas si facile. Un problème majeur est l'altération : chaque fois qu'une information est transmise, elle est altérée, par celui qui la transmet comme par celui qui la reçoit. Il s'agit d'une simple constatation. Il y a là un phénomène, et il semble inéluctable. Nous devons donc faire avec, tout en essayant, puisque nous en sommes conscients, de le minimiser. Dans les civilisations moins développées que la nôtre, une large part de la transmission de la connaissance se faisait oralement. Nous pourrions donc penser qu'il peut en être encore ainsi de nos jours. Ce serait méconnaître le fait qu'aujourd'hui, le savoir à transmettre, et l'outil de transmission – le langage – sont devenus très diversifiés donc particulièrement complexes.

À partir de ce constat, il convient de réfléchir et de mettre en place des moyens permettant de réduire le plus possible les effets inhérents à la transmission de l'information. Il me semble que malgré ses imperfections, la transmission écrite demeure le meilleur système : à celui qui veut transmettre, l'écrit donne le temps suffisant pour élaborer, construire, ordonner, corriger, avant de délivrer ; à celui qui reçoit, l'écrit fournit une source stable, persistante, à laquelle se référer en toutes circonstances en cas de doute. Enfin, l'écrit limite l'altération inhérente à la transmission : une information transmise de bouche à oreille s'altère à chaque transmission ; la référence à une source unique ne conduit qu'à une seule altération pour chaque personne qui s'y réfère.

Transmettre sans figer

L'autre risque de l'écrit, c'est de figer. L'écrit devenant référence, il devient vite matière de choix à l'esprit rigide assoiffé de dogme. L'intention qui sous-tend mon acte d'écrire ne comporte aucune idée de rigidité. L'intention est de fournir un jalon, un repère dont je connais la fiabilité et qui pourra, je l'espère en tout cas, servir à d'autres pour tracer ce

2. Sémantique générale : une théorie générale de l'évaluation élaborée par Alfred Korzybski aboutissant à la formulation d'un nouveau système, dont la sémantique générale est le mode opératoire. Le travail de Korzybski met en évidence l'étroite relation existant entre la structure de nos formes de représentation (langages, etc.) et l'histoire des cultures humaines. Il constate que, comme les ingénieurs utilisent un langage pour élaborer leurs constructions (le langage mathématique), ceux qui édifient les structures politiques, économiques, sociales et autres structures humaines instables, utilisent des langages (c'est-à-dire des formes de représentation) dont la structure n'est pas similaire aux faits de la science et de la vie tels que nous les connaissons aujourd'hui. En conséquence, les résultats sont imprédictibles et il s'ensuit des désastres. La sémantique générale étudie ces liaisons et propose des solutions s'affranchissant des dogmes métaphysiques, mythologiques et pré-scientifiques qui interdisent et continuent d'interdire la possibilité de détecter des erreurs fondamentales dans l'élaboration de solutions aux problèmes humains.

qui sera de toute manière leur propre chemin. Ayant eu à souffrir de la rigidité régnant dans ces domaines, je ne désire en aucun cas initier un nouveau dogme ostéopathique. Still lui-même fustige l'immobilisme et nous engage dans une voie évolutive : « *Une fois adoptés, il est difficile de se débarrasser des anciens systèmes d'éducation, à cause notamment des habitudes des professeurs qui sont devenus enseignants en succédant à leurs précepteurs et instructeurs. Pour plusieurs raisons, ils ont suivi l'ancien système sans sourciller. Tout d'abord, il est plus facile à un jeune enseignant d'enseigner ce qu'il a appris que ce qu'il ressent comme devant être enseigné. Avant de pouvoir modifier ou suggérer un changement dans les anciennes méthodes d'instruction, le jeune homme ou la jeune femme ressent la nécessité d'une certaine expérience de la vie. Il a peur de perdre son poste et son salaire et de se retrouver catalogué comme critiqueur. Pour préserver son pain quotidien, il décide la première année de demeurer silencieux, puis les années se succèdent et il demeure silencieux, et cela devient finalement pour lui une seconde nature.* [...] *Avec l'âge, en même temps que sa chevelure s'éclaircit, son ambition s'étouffe et, en quelques années, le voilà devenu chauve et sans espoir. Il enseigne par cœur et sait comment compiler innocemment à partir d'anciennes théories. Génération après génération ce système se perpétue, qui ne donne aucune pensée novatrice au cours des âges.* [...] *Je veux des volontaires pour mener cette révolution médicale. Nous devons conquérir avant de devenir chauves, sinon, nous ne réussirons pas.* » (Still, 1902, 24.)

LA PALPATION

Ce qui vient d'être dit concerne le savoir théorique, conceptuel, philosophique. Cependant une grande partie du savoir ostéopathique n'est pas théorique, mais expérimentale et ne peut de ce fait s'acquérir que par l'apprentissage direct. Cela est particulièrement vrai pour la palpation, outil essentiel de l'ostéopathe. Rollin Becker l'exprime clairement : « *La palpation est vraiment un art que l'on s'enseigne à soi-même. Vous pouvez enseigner les idées, les principes et certaines des choses que vous pourriez trouver, mais à partir de là, c'est à vous de déterminer comment vous allez les transcrire dans votre physiologie corporelle et les utiliser pour comprendre la physiologie corporelle du patient.* » (Brooks ed., 1997, 219.) La palpation échappe en grande partie au langage. Même si on peut décrire ce que l'on perçoit avec les mots, il est très difficile de rendre compte de la subtilité de l'information qu'apporte une palpation entraînée : « *L'expérience immédiate de la réalité dépasse le domaine de la pensée et du langage, et tout ce qui peut être dit ne peut être que partiellement vrai* » (Capra, 1979, 43.) Par ailleurs, si le langage permet éventuellement de décrire ce que nous avons perçu, il est quasiment inopérant pour décrire *comment* nous faisons pour percevoir. Est-ce la raison pour laquelle ce sujet a été si longtemps laissé de côté dans l'enseignement de l'ostéopathie ? Pourtant, même à ce niveau, un savoir théorique devrait être proposé et transmis, or il ne l'est pas. Mes déboires personnels concernant la palpation m'ont amené à chercher et à trouver des solutions pratiques et à développer un modèle que mon expérience d'enseignant a validé – non pas comme vrai, ce mot étant à utiliser avec beaucoup de précautions –, mais comme fonctionnel et utile à beaucoup de praticiens. Il m'apparaît donc important de le communiquer, de le transmettre.

L'INTÉGRITÉ

Une autre raison essentielle qui me pousse à m'exprimer tient au décalage existant aujourd'hui entre ce qui est enseigné et ce qui est vécu dans les cabinets. Combien d'ostéopathes enseignant aujourd'hui l'ostéopathie oseraient exprimer honnêtement la manière dont ils pratiquent dans leur cabinet ? Bien évidemment, il est indispensable pour enseigner de se référer à un savoir reconnu, d'utiliser la démarche scientifique, de faire preuve de rigueur... Mais, les ostéopathes, tiraillés qu'ils sont entre la nécessité d'*être crédibles* face au monde médical ou scientifique, tout en vivant un concept non actuellement reconnu, tournent trop souvent le dos à leur essentiel et nous livrent une ostéopathie coupée de sa source originelle : la philosophie de Still. Nous consacrons un temps et une énergie colossaux à défendre notre *crédibilité*. À la recherche d'une reconnaissance du monde médical et scientifique, nous acceptons de vivre en rompant notre intégrité, en

oubliant notre *cohérence**. Nous sommes faillés. Nous ne vivons pas en conformité avec les concepts que nous défendons. Cela est très grave parce que cette rupture de cohérence nous ôte toute notre puissance d'êtres créateurs : « *Tout système complexe, qu'il s'agisse d'une machine-outil, d'un ordinateur ou d'un être humain, doit être cohérent avec lui-même. Les parties qui le composent doivent travailler ensemble, chacune soutenant chaque action des autres. Ainsi seulement peut-on en tirer le meilleur parti possible. Si les éléments d'une machine fonctionnent simultanément en des sens opposés, cette machine se désynchronise et risque de tomber en panne. Il en va exactement de même pour les êtres humains. Nous pouvons apprendre à produire des comportements plus efficaces, mais si ces comportements ne soutiennent pas nos besoins et nos désirs plus profonds, si ces comportements nuisent à d'autres parts importantes de ce que nous sommes, nous sommes en proie à un conflit intérieur, nous perdons la cohérence indispensable à la réussite.* » (Robbins, 1989, 327.) Bien qu'écrite par un non-ostéopathe, cette pensée me semble particulièrement ostéopathique !

Still, Littlejohn, Sutherland, personnages clés de l'ostéopathie étaient des êtres intègres. Ils nous ont livré ce qu'ils ont expérimenté malgré l'opposition, l'ostracisme, le rejet de leurs congénères. Et parce qu'ils ont désiré conserver leur intégrité, malgré le décalage que cela générait avec leurs congénères, ils furent découvreurs et pionniers.

L'OSTÉOPATHIE, UNE COHÉRENCE

Dans son livre *Naissance de l'ostéopathie*, Carol Trowbridge montre que l'ostéopathie résulte de l'intégration de principes puisés par Still dans la médecine, la phrénologie, le mesmérisme, le reboutement, l'évolutionnisme, le spiritualisme et bien d'autres sans doute, qu'il a intégrés dans un nouveau corpus. Cependant, bien que résultant de l'assemblage d'éléments provenant de différents domaines, l'ostéopathie est devenue une entité à part entière, présentant sa propre cohérence. Tous les éléments y sont intégrés et n'ont plus lieu d'exister séparément. Ainsi, bien que Still ait exercé phrénologie, mesmérisme, reboutement et médecine, il finira par refuser de considérer ces pratiques comme étant des parties de l'ostéopathie. Pour lui, désormais, l'ostéopathie est une : « *Certains pensent que l'ostéopathie est un système de "massage", d'autres qu'il s'agit de "guérison par la foi". Pour ma part, je n'ai aucune "foi", je désire seulement que le fondement soit la vérité. D'autres pensent qu'il s'agit d'une sorte de chamanisme magnétique. Elle n'est rien de tout cela ; elle est fondée sur des principes scientifiques.* » (Still, 1998, 252.) Également : « *Si, parce que je dénonce les drogues, vous me prenez pour un scientiste chrétien*[3]*, retournez chez vous, prenez une dose de raison et débarrassez-vous de telles notions. Si vous me considérez comme mesmériste, une grande dose d'anatomie pourrait chasser cette pensée.* » (Still, 1998, 213-214.)

Ce phénomène est souvent difficile à comprendre. On pourrait penser qu'il s'agit de trahison, que Still n'est pas intègre et oublie ce qu'il a été. Je ne le pense pas. Pour moi, il s'agit de cohérence : « *On utilise des filets pour attraper les poissons ; mais lorsque les poissons sont pris, on oublie les filets. On utilise des pièges pour attraper les lièvres ; mais lorsque les lièvres sont pris, on oublie les pièges. Les mots sont utilisés pour transmettre les idées ; mais quand les idées sont saisies, les hommes oublient les mots.* » (Talbot, 1984, 93.)

Cela nous permet également de mieux saisir le sens de certaines citations : « *Nous croyons que notre maison thérapeutique est juste assez grande pour l'ostéopathie et que, si d'autres méthodes y pénètrent, beaucoup d'ostéopathie devra en sortir.* » (Still, 2001, 23.)

« *La cohérence de l'ostéopathie est sans doute l'élément majeur qui lui a permis de traverser les quelque cent années écoulées tout en demeurant bien vivante, malgré les oppositions violentes, les mauvaises interprétations, les malversations dont elle a été victime, malgré les ostéopathes eux-mêmes. Cette cohérence est un formidable* fulcrum*, *un point d'appui d'une stabilité à toute épreuve. Au cours de l'histoire, de nombreux systèmes ont aidé les hommes à vivre et à se soigner. Aucun ne s'est maintenu, sans doute parce qu'aucun n'a présenté une telle cohérence, une telle fidélité par rapport aux essentiels de la vie, ou bien parce que ceux qui en avaient la charge n'ont pas su maintenir la cohérence du système qu'ils utilisaient.*

3. Christian Science : Église et système religieux fondés par Marie Baker Eddy, enseignant que la réalité objective de l'existence est sous-tendue par l'amour divin, et mettant l'accent sur la guérison à l'aide de moyens spirituels. Également appelée Église du Christ Scientiste.

Cela devrait nous servir de leçon. Tant que nous demeurons dans cette cohérence, nous pouvons nous épanouir et prospérer. Notre survie aujourd'hui en tant qu'individus et en tant que groupe dépend étroitement de notre fidélité et de notre attachement à cette cohérence. » (Tricot, 1998, 39.) Still l'indiquait déjà : « *N'ayez pas peur des ennemis qui ont attaqué chaque progrès que nous avons entrepris. Ils ne peuvent nous nuire, leurs coups ne sont que bénédictions déguisées. Notre plus grand danger, le seul danger qui peut en fait menacer le futur de l'ostéopathie réside dans les erreurs de ceux qui se prétendent nos amis.* » (Hildreth, 1942, 211.)

Difficile à expliquer

En même temps, cette cohérence rend l'ostéopathie difficile à expliquer et à comprendre, même et surtout aujourd'hui, pour quelqu'un d'extérieur. Le témoignage du Dr Smith[4], dont parle Still dans son *Autobiographie* est à ce propos très intéressant. Après s'être fait soigner par Still, Smith lui demande d'expliquer l'ostéopathie : « *Ce qu'il me dit semblait tellement éloigné de tout ce qu'on m'avait enseigné dans les écoles médicales, si complètement absurde et chimérique que je lui demandais des preuves de ce qu'il avançait. Les preuves me furent données par les quelque seize patients qui témoignèrent de leur condition lors de leur arrivée à Kirksville et de leur état consécutif au traitement.* [...] *Laissez-moi vous dire que l'ostéopathie ne peut être évaluée que par un esprit clair et sans préjugé. Si un homme, un médecin, vient à Kirksville et entend ce qu'il entendra tout en raisonnant à partir de ce qu'il a appris dans une école médicale, la seule conclusion possible pour lui est que l'ostéopathie est une tromperie et une illusion, une gigantesque foutaise destinée à extorquer tous les mois des centaines de dollars aux malades et aux affligés. Mais, si l'investigateur se donne la peine d'approcher le problème comme s'il n'y connaissait rien (et quatre années d'expérimentation de l'ostéopathie me permettent d'affirmer que les docteurs n'y connaissent pas grand-chose), de ne rien accepter pour acquis, de n'accepter aucune déclaration pour ou contre l'ostéopathie, mais de se contenter d'interroger une douzaine de patients en les considérant comme des hommes et des femmes sensés et non comme des hystériques, prêts pour l'asile d'aliénés ou comme des menteurs patentés, alors, s'il est homme honnête, il devra conclure, comme je le fis, qu'il existe encore des choses dans l'art de guérir qui ne sont pas connues de la profession médicale.* » (Schnucker, 1991, 75.)

Difficile à transmettre

Pour les mêmes raisons, l'ostéopathie est difficile à transmettre. C'est un des problèmes majeurs que Still eut à confronter sur la fin de sa vie. D'ailleurs, en 1891, alors qu'il envisageait la création de son école, il envoya son fils Charles auprès du juge Ellison, chargé d'accorder les statuts pour ce genre d'organisme. Celui-ci refusa, répondant : « *Ne vous faites pas d'illusions. Votre père a un don, mais lorsqu'il mourra, ce système disparaîtra avec lui.* » (Trowbridge, 1999, 141.) Still fit ce qu'il put compte tenu de la conscience des gens qui l'entouraient et de la sienne propre. Aujourd'hui, le flambeau est entre nos mains. Tout n'a pas été transmis, et de loin. C'est à nous de poursuivre. Et nous rencontrons la même difficulté : transmettre un tout indivisible. Nous ne pouvons faire autrement que de le morceler. Ce morcellement est aggravé par la vertigineuse multiplication des données concernant notre monde et la vie, intervenue depuis cent ans. Transmettre l'ostéopathie est aujourd'hui une gageure ! Le morcellement, même si les nécessités de l'enseignement y obligent, va dans une direction résolument opposée à la direction stillienne. Le risque est de voir le concept ostéopathique se diluer, perdre la cohérence qui fait sa puissance. Les difficultés des ostéopathes américains[5] nous montrent ce qu'il ne faut pas faire.

Nous devons donc être particulièrement attentifs à retrouver nos sources, à nous y relier, à tenir le fil d'Ariane qui nous unit aux fondements essentiels de l'ostéopathie et de la vie. C'est le seul moyen de pouvoir réintégrer les données pour retrouver la cohérence, l'intégrité, gages de notre survie.

4. Il s'agit du Dr William Smith d'Édimbourg. Représentant en matériel médical, il visitait les médecins. Il avait parié avec certains médecins de Kirksville qu'il parviendrait, grâce à un interrogatoire serré, à confondre Still, considéré comme un charlatan. Il devint enseignant d'anatomie au collège de Kirksville (Still, 1998, 139-140) et (Trowbridge, 1999, 198-200).

5. En 1997, N. Gevitz estimait que, sur les 36 000 ostéopathes licenciés en exercice, seulement 3000 pratiquaient l'ostéopathie (les autres pratiquant une médecine classique), et sur ces 3000, moins de 500 pratiquaient l'ostéopathie crânienne (Gevitz, 1997, 168-170).

SOIF DE RECONNAISSANCE

Une des raisons majeures qui nous conduit à rompre notre intégrité vient de notre soif de reconnaissance, sociale, médicale, scientifique, et autre, qui nous pousse à agir en privilégiant d'autres critères que nos fondements, à choisir et utiliser d'autres fulcrums que les nôtres : ceux qui centrent notre cohérence. Pourtant, si nous examinons la manière dont ont agi ces Anciens, nous nous apercevons que leur comportement fut tout autre : ils ont osé affirmer ce qu'ils étaient et ce qu'ils pensaient, sans jamais accepter de compromis sur ce qu'ils estimaient essentiel. Est-il une autre manière d'exister que tel que l'on est vraiment ? Cela s'appelle intégrité, et notez bien que je n'ai pas écrit *intégrisme*.

Or, nous agissons bien différemment. Alors que nous désirons vivre pleinement notre vie d'ostéopathe, nous nous efforçons de *ne pas prêter le flanc à la critique* ce qui ne peut que nous inhiber totalement et générer de graves conflits intérieurs. À ce titre, la situation des ostéopathes en France me fait depuis très longtemps penser à celle de l'adolescent, tiraillé entre le besoin d'être reconnu par ses pairs (son père ?), et celui de vivre sa vie comme il l'entend. Face à cette difficulté, il adopte souvent des attitudes extrêmes de révolte ou de soumission. Aucune de ces attitudes ne peut lui permettre d'exister réellement, parce qu'aucune n'est *juste**. Il s'agit d'attitudes *réactives**. Ce conflit ne se résout complètement que lorsqu'il acquiert une maturité suffisante pour comprendre qu'il existe réellement, indépendamment de la reconnaissance des autres et qu'il se doit d'assumer seul cet état d'existence en vivant la vie qu'il veut vivre, *pleinement*. Il est devenu adulte. Hélas, combien d'humains parviennent à l'état adulte ?

Cette situation m'a longtemps retenu d'exprimer pleinement ce que je vis : alors que les mouvements ostéopathiques tentent d'obtenir cette reconnaissance en privilégiant résolument l'aspect scientifique de leur pratique, ai-je le droit de présenter une approche qui à l'évidence n'est pas scientifique, mais philosophique, voire spirituelle ? Ce qui m'a finalement fait prendre position, c'est cette question : si Still ou Sutherland avaient été des scientifiques selon les standards aujourd'hui en vigueur, auraient-ils développé l'ostéopathie ? Je n'en suis pas certain du tout. Par rapport aux standards ayant cours aujourd'hui, ils ont vécu le monde *à l'envers* : ils ont expérimenté directement la vie, avant de créer des modèles leur permettant d'expliquer ce qu'ils ressentaient ou observaient, et de les expérimenter. La manière dont ils ont procédé est aujourd'hui difficilement admise par le monde universitaire et scientifique : ils sont partis de l'expérience, ne recherchant le savoir que pour expliquer ou justifier leurs découvertes, alors que le scientifique et l'universitaire d'aujourd'hui privilégient le cheminement inverse : d'abord la connaissance puis l'expérimentation.

GLOBALITÉ

L'approche de Still, les recherches de Littlejohn et la vision de Sutherland présentent une autre caractéristique : ils envisagent les choses *globalement*, alors que le scientifique d'aujourd'hui morcelle pour mieux peser, mesurer, classer, ce qui le place le plus souvent en totale rupture de globalité. Nous constatons journellement les effets catastrophiques que cela engendre, mettant en péril la survie des espèces vivantes – y compris les humains – et de la planète tout entière. Ainsi, la démarche d'un ostéopathe est aujourd'hui totalement anachronique par rapport aux orientations et fulcrums de notre monde. Pas étonnant que nous ressentions quelques difficultés existentielles !

Envisager les choses à la lumière du concept de globalité fait par ailleurs surgir une question évidente et prégnante : où s'arrête la globalité ? Still et Sutherland avaient une vision très large à ce propos, envisageant l'homme comme partie d'un vaste complexe ordonné : la Création. Ils avaient une vision cosmique, universelle. Certes, les modèles qu'ils ont utilisés pour l'exprimer ne nous conviennent plus aujourd'hui, mais cela ne signifie pas qu'ils se trompaient. Nous confondons trop souvent le modèle et ce qu'il tente d'exprimer, *rejetant le bébé avec l'eau du bain*, plutôt que de chercher l'essence des choses.

Notons également que la philosophie stillienne est profondément *holistique** et éthique, le conduisant à un profond respect de l'homme, de la vie et de la Création tout entière. L'ostéopathie a cent ans ; en cent ans, l'essentiel de l'homme vivant a-t-il changé ? Je suis bien certain que non. Et Still le savait bien : « *Notre science est jeune mais les lois qui la gouvernent sont aussi vieilles que le monde.* » (Truhlar, 1950.)

Ce qui a changé, ce sont les interprétations ou les explications que nous en donnons, les modélisations élaborées à la lumière des découvertes de la science et de la médecine, de sorte que l'approche ostéopathique demeure aujourd'hui aussi véridique et applicable qu'il y a cent ans. Il n'y a donc aucune raison d'abandonner nos essentiels.

LE CŒUR ET LA RAISON

Enfin, Still, Littlejohn, Sutherland et beaucoup d'autres grands ostéopathes qui ont transmis leur savoir, s'ils furent des êtres de raison, furent également des êtres de cœur et c'est à notre cœur qu'ils s'adressent. Notre époque, privilégiant le scientifique, le *rationnel*, oublie la plupart du temps le cœur, l'affinité, moteur essentiel de la vie. Or, c'est à la vie et au vivant que nous nous adressons. Cela caractérise la démarche de l'ostéopathe, la différenciant radicalement de la démarche médicale classique.
Still nous exhorte à vivre ce que nous sommes : « *Notre école s'est déclarée progressiste. Nous essayons de suivre le commandement "Tu ne mentiras point". Vivons ce que nous proclamons.* » (Still, 1902, 25.) Il importe également que nous osions dire ce que nous vivons, sans honte ni retenue.

FINALEMENT, LE CHOIX

Alors, pour toutes ces raisons, j'ai décidé d'exprimer comment je conçois et vis aujourd'hui l'ostéopathie. Je fais totalement miens ces mots de Hugh Milne : « *J'ai laissé de côté mes scrupules personnels à reconnaître mon intuition et la manière "non scientifique" (non reproductible) dont je travaille. [...] Le seul livre crânio-sacré valable que je considère utile d'écrire est celui qui explique comment, à ses niveaux les plus élevés, le travail crânio-sacré entrecroise le savoir, la perception et l'intention. S'il doit en résulter que mon ouvrage soit dévalorisé et sujet à la risée, considéré comme un chamanisme New-Âge, qu'il en soit ainsi. Je connais une autre vérité, une vérité poétique, non pas scientifique : c'est comme cela que les choses surviennent réellement. Comme l'écrivait Albert Einstein dans une lettre à Gertrude Warshauer :* "À l'époque de Faraday, la spécialisation obtuse, qui examine avec suffisance à travers des lunettes à grosses montures et détruit la poésie, n'existait pas." » (Milne, 1985, 3.)

DISCIPLES DE COLOMB 1

« Glorifiez la mer, mais tenez-vous au rivage. »
Proverbe américain

Dans ses écrits, Still fait souvent allusion à Christophe Colomb[1], explorateur solitaire, perdu dans l'océan, s'orientant à l'aide d'indices : « *Avec cette pensée, je gréai mon esquif et lançai mon embarcation, comme un explorateur. Comme Colomb, je trouvai du bois flottant sur la surface. Je notai la direction du vent, d'où il venait, et dirigeai mon bateau en conséquence.* [...] *Depuis ce jour, j'ai toujours veillé à la direction et à l'origine du vent et je n'ai jamais manqué de trouver la source de son souffle.* » (Still, 1998, 76.) L'allégorie qu'il nous présente pourrait s'appliquer à la vie en général. Chaque cycle de vie n'est-il pas une grande traversée destinée à nous faire découvrir quelque essentiel caché ? Chaque expérience de la vie ne présente-t-elle pas également – à une échelle plus réduite –, les mêmes caractéristiques ? Le cheminement d'un ostéopathe me semble bien également répondre à cette métaphore.

L'approche tissulaire en ostéopathie telle que je la conçois aujourd'hui résulte évidemment d'un long cheminement personnel, jalonné de questions auxquelles j'ai senti l'impérieuse nécessité de trouver des réponses. Lorsque, par chance, je parvenais à trouver une réponse satisfaisante à une question parfois anodine, cette réponse soulevait en elle-même une foule d'autres questions dont il fallait chercher les réponses qui, une fois trouvées soulevaient d'autres questions apparemment tout aussi anodines. Que de fois, ai-je calé face à un mot apparemment banal, cherchant la signification profonde de ce qu'il symbolise, une définition qui rende compte non seulement de ce que nous en percevons, de son produit, mais également de son essence réelle !

Au cours de cette démarche, le concept de globalité* s'est imposé comme une évidence, me permettant de comprendre vraiment cette affirmation de Still : « *Je découvre en l'homme un univers en miniature. Je trouve la matière, le mouvement et l'esprit.* » (Still, 1998, 306.) Mais, pour pouvoir vivre la globalité, encore fallait-il comprendre la cohérence sous-jacente. Ainsi, cherchant à comprendre l'humain, me suis-je bien vite retrouvé devant la nécessité de comprendre l'univers et la vie, problème qui agite les neurones de plus d'un chercheur, philosophe, scientifique ou seulement honnête homme depuis des millénaires. Il m'apparaît évident aujourd'hui que, si l'ostéopathie est l'expression d'un regard sur l'humain, on ne peut vraiment la comprendre que si l'on comprend la vie. En ce sens, l'ostéopathie est bien une philosophie : « *Personne ne connaît le philosophe qui le premier posa la question : "Qu'est-ce que la vie ?" Mais toute personne intelligente s'intéresse à ce problème, désirant au moins connaître une raison tangible pour laquelle on l'appelle "vie" ; savoir si la vie est personnelle ou si elle est organisée de manière telle qu'on puisse la considérer comme principe individualisé de la Nature.* » (Still, 1902, 249.)

Compte-rendu d'opération

Avant d'entrer dans le détail de la présentation de l'approche tissulaire telle que je l'envisage aujour-

1. À tel point que le premier squelette du collège de Kirksville, fondé en 1892, avait été surnommé Colomb.

d'hui, il me semble essentiel d'évoquer les grandes étapes du parcours. Il ne s'agit pas ici d'une célébration égotiste, mais d'un compte-rendu d'opération. Conscient que le chemin m'est particulier, j'ai choisi, rompant avec le sacro-saint *nous*, pluriel de modestie littéraire, de m'exprimer à la première personne et d'utiliser *je*.

J'ai également conscience que ma compréhension d'aujourd'hui résulte d'une progression temporelle dont la chronologie n'est pas anodine. Bien que cette distinction soit artificielle, je présenterai donc les choses en deux volets apparemment séparés : le travail sur la communication* tissulaire et la palpation d'une part, la recherche philosophique et historique d'autre part. Les deux quêtes sont évidemment indissociables, s'entrecroisant sans cesse, parfois de manière totalement inattendue, et ce sont des raisons uniquement didactiques qui m'ont amené à les séparer.

Bien que ce cheminement soit de nature solitaire, il est évidemment jalonné de rencontres, de lectures et d'expériences mutuelles qui m'ont permis de côtoyer physiquement ou autrement nombre de personnes, ostéopathes ou non, chacune ayant à sa manière aidé à forger une compréhension de la vie qui fonde aujourd'hui mon être et mon faire d'humain, de praticien et d'enseignant ostéopathe. L'activité de traducteur a été à ce niveau particulièrement gratifiante. J'ai aujourd'hui la certitude que la traduction est souvent un travail de recréation. Mais il incombe au traducteur de respecter au plus près la pensée de l'auteur. Survol et à-peu-près sont donc incompatibles avec cette activité : l'éthique impose de respecter la pensée de l'auteur et oblige à comprendre exactement ce qu'il désire exprimer. Cela m'a imposé beaucoup de rigueur et, en les traduisant, j'ai souvent eu le sentiment de contacter en esprit nos maîtres passés et présents : Still, Sutherland, Littlejohn, Becker, Frymann, et beaucoup d'autres.

COMMUNICATION TISSULAIRE ET PALPATION

Dès le début de mon apprentissage en ostéopathie, notamment crânienne, la palpation a été pour moi un énorme problème. Elle l'est restée bien longtemps parce qu'à cette époque, malgré la bonne volonté de mes professeurs et de mes congénères, personne n'a pu m'aider de manière efficace.

Les difficultés

Il y avait dans nos cours schématiquement trois groupes de gens : aux extrêmes, ceux qui sentaient spontanément et ceux qui ne sentaient pas, et entre les deux, ceux qui sentaient de manière sporadique. Malheureusement, ceux qui sentaient ne savaient pas comment ils faisaient pour sentir et ne pouvaient donc pas aider ceux qui ne percevaient rien. Je pense d'ailleurs que nos doutes, nos questions, nos incertitudes continuelles les agaçaient, de sorte qu'ils finissaient par adopter à notre égard une attitude condescendante et par admettre que dans la vie, il y a les chanceux et les malchanceux, et que de toute évidence nous faisions hélas partie du mauvais groupe.

Parfois, je parvenais à sentir quelque chose. Mais c'était rarement ce qui était demandé ou proposé. Et, bien évidemment, je m'invalidais, donnant d'office raison à *l'autre* qui, par définition, savait mieux que moi…

Aujourd'hui encore, ce problème demeure entier, en tout cas en France. Jusqu'à un passé très récent, aucune pédagogie de la palpation* n'a été mise en place dans l'enseignement de l'ostéopathie. Les questions sont la plupart du temps éludées par des réponses du genre *« Attends, continue, ça va venir »* ou bien *« Il faut de l'expérience, du temps, ça viendra en son temps »*. Malheureusement, le temps arrange rarement les choses et toute une partie particulièrement intéressante de l'ostéopathie se trouve inaccessible à ces étudiants qui finissent par penser qu'ils n'y arriveront jamais ou que de toute manière *« tout cela, "c'est du bidon", on sait que ça ne bouge pas »*.

C'est donc dans cet état d'esprit qu'au début des années 70, je commençai mon activité professionnelle d'ostéopathe. Je laisse le lecteur imaginer dans quel état de frustration et d'insatisfaction je me trouvais par rapport à l'ostéopathie crânienne. Heureusement, j'avais eu la chance d'assister à plusieurs séminaires donnés par Viola Frymann, et ce que j'avais vu, entendu, expérimenté grâce à elle, avait enlevé tous mes doutes sur la validité du concept.

Ajoutons à cela que nous n'avions quasiment pas

accès aux sources écrites de l'ostéopathie. Les écrits d'A. T. Still, W. G. Sutherland, J. M. Littlejohn, R. Becker, V. Frymann, pour ne parler que des plus connus, n'étaient pas traduits et presque introuvables en France, nous ne pouvions donc y recourir.

Alors comment faire ? J'étais dans la situation de Colomb, perdu en plein océan, ne sachant dans quelle direction me diriger, ni comment procéder. Mon cheminement consista donc à trouver les éléments essentiels constituant une palpation, à les mettre à l'épreuve de l'*expérimentation*, puis à développer une *pédagogie*, permettant à d'autres de comprendre et de parvenir eux aussi à une palpation fiable.

Mais, parallèlement, ce que j'expérimentais me conduisit à remettre en cause bon nombre d'éléments aujourd'hui devenus quasiment dogmatiques chez les ostéopathes. Cela me jeta encore dans les affres du doute : avais-je le droit de remettre ainsi en cause concepts et idées partagées par tant de praticiens ? C'est finalement mon désir d'authenticité qui m'a fait passer outre et formuler les choses telles que je les ressentais vraiment : « *Ose être différent. Beaucoup préfèrent l'orthodoxie à la vérité.* » (Fryette, 1983, 12.)

La présence

Le premier pas important pour moi, fut de découvrir la nécessité d'être *présent**. Cela semblera bien banal à plus d'un, pourtant, sur le plan de la mise en pratique journalière, cela n'est pas si évident : « *Tout ce qui passe pour évident cache toujours quelque chose qui ne l'est pas.* » (Valéry in Favre, 1994, 210.) Qu'est-ce que cela veut dire *être présent* ? Seule l'expérimentation directe peut nous renseigner vraiment. Il faut que quelqu'un m'indique comment faire pour atteindre cet état, que je mette en pratique ce qui m'est proposé, que je ressente ce qui se produit pour moi, que je le compare à l'état antérieur. C'est un apprentissage nécessitant une pédagogie, un entraînement laborieux, presque totalement absents de l'enseignement de l'ostéopathie française. Une fois expérimenté cet état, il faut recréer les conditions permettant de le retrouver, de l'améliorer, journellement, malgré les interférences que la vie actuelle génère avec prodigalité.

Lorsque je découvris la présence, que j'appris à vivre dans cet état de manière plus constante et plus fiable, je commençais à percevoir des choses que je n'avais jamais ressenties auparavant, aussi bien dans le domaine de l'ostéopathie que dans la vie en général... Malheureusement, beaucoup d'entre elles ne figuraient pas dans le catalogue des *perceptions légales*, ce qui me perturba vraiment beaucoup, ostéopathiquement et autrement... J'étais perdu en plein océan...

Sur le plan ostéopathique, je découvris pourtant que lorsque je me fiais à ce que je percevais, des choses positives survenaient chez le patient. Le plus spectaculaire fut sans doute l'utilisation de cet état dans la compression du quatrième ventricule. Cette technique a été longtemps pour moi source d'interrogations. En parlant d'elle avec des collègues praticiens, j'étais surpris de constater que beaucoup d'entre eux lui accordaient peu de place. En les questionnant sur les raisons de leur désaffection, la réponse était souvent : « *Parce qu'elle ne me donne pas de résultats intéressants* » ou « *Cette technique ne marche pas* » ou « *J'ai l'impression de perdre mon temps* ». D'autres, au contraire, étaient enthousiastes, pratiquants convaincus et réguliers de la technique. Pour moi, à cette époque, elle donnait des résultats tout à fait inconstants, parfois merveilleux, avec des changements dans le corps du patient, souvent perceptibles par le patient lui-même, parfois – je devrais dire souvent – déroutants : il ne se passait rien, et j'avais effectivement l'impression de perdre mon temps.

D'où ces questions : pourquoi une technique que W. G. Sutherland lui-même considérait comme majeure – il disait à ses étudiants : « *Quand vous ne savez pas quoi faire d'autre, comprimez le quatrième ventricule.* » (Wales ed., 1990, 37.)[2] – pourquoi donc une telle technique donne-t-elle des résultats avec certains praticiens et pas avec d'autres ? Pourquoi lorsque je la pratique, fonctionne-t-elle parfois merveilleusement, et parfois pas du tout ?

La première réponse me fut fournie par la mise en pratique de l'état de présence. Lors de l'enseignement et de l'apprentissage de la technique, on insiste sur la mise en place physique, mais on ne

2. Anne Wales, DO a étudié l'ostéopathie crânienne avec W.-G. Sutherland et enseigné avec lui. Elle a rassemblé et édité l'ensemble des textes de Sutherland, en deux volumes : *Contribution of Thought* (1998) et *Teachings in the Science of Osteopathy* (1990). La référence Wales correspond donc aux textes de William Sutherland.

parle jamais ou presque de l'attitude mentale du praticien. Assurer la compression dans la région occipitale, puis attendre, la pensée vagabondant où bon lui semble, n'est pas suffisant pour réussir la technique. La présence du praticien est essentielle. Là se trouve, fort probablement, la différence entre le praticien qui applique cette technique avec succès et celui qui n'obtient pas ou peu de changement. Nos maîtres utilisaient probablement ces éléments de manière tellement naturelle, qu'il ne leur est sans doute pas venu à l'idée d'en parler. Il nous semble toujours que ce qui est évident pour nous l'est aussi pour les autres. C'est, hélas, totalement erroné.

Lorsque je commençais à expérimenter la présence, la technique commença de fonctionner de manière plus uniforme, mais, comprenant que c'était mon état qui déterminait cette variation, je me trouvais à nouveau très perturbé : voilà qui est troublant pour une technique décrite d'une manière très *scientifique* par la plupart des ostéopathes… Des textes dans lesquels les auteurs parlent de palpation et auxquels j'ai pu avoir accès, j'ai retenu que la plupart d'entre eux décrivent *ce qu'ils sentent*, sans jamais dire *comment ils font* pour sentir ce qu'ils sentent. Évidemment, un homme comme Sutherland, immergé qu'il était dans son sujet, ne se posait certainement pas ces questions. Les gens qui l'ont suivi les ont sans doute résolues suffisamment pour ne plus se les poser non plus.

Cette description de ce que sentaient nos maîtres nous a mystifiés : nous avons traduit cela par *quoi* sentir, nous ingéniant à reproduire un phénomène comme s'il était systématique et constant alors qu'avec la vie, c'est plutôt la variabilité qui domine. Nous tentions de projeter un modèle préétabli dans un système vivant qui avait probablement tout autre chose à nous confier.

L'attention

En pratiquant de plus en plus la présence dans mon travail avec les patients, j'en vins à découvrir que, selon l'endroit où je plaçais mon attention, la perception au sein des tissus variait parfois considérablement. Je me souviens encore du jour où j'établis consciemment la relation entre la perception et le placement de l'attention : je luttais avec une articulation occipito-mastoïde gauche qui rechignait à se libérer. Le matin même, j'avais lu un article sur un ostéopathe, le Dr Randolph Stone, né en Autriche et émigré aux États-Unis. Cet article traitait des relations polaires des différentes parties du corps, évoquant notamment la relation existant entre temporal et os iliaque, entre articulations occipito-mastoïde et sacro-iliaque (Sills, 1989, 207-210). Je me posai la question d'un lien éventuel entre la lésion occipito-mastoïde que je tentais de libérer et un possible problème sacro-iliaque à gauche et projetai mon attention sur la région sacro-iliaque gauche du patient. Immédiatement, les tissus de l'articulation occipito-mastoïde se mirent en mouvement et la libération se fit comme par magie.

Cela peut paraître surprenant, pourtant, lorsque nous communiquons dans la vie courante, nous utilisons cette technique : nous plaçons notre attention sur la personne ou la zone d'espace avec laquelle nous désirons communiquer. Il s'agit donc d'une faculté tout à fait ordinaire de la vie. La seule chose nouvelle ici est la conscience qui permet un contrôle beaucoup plus précis. Aujourd'hui, le placement de l'attention est devenu pour moi une action* ordinaire mais consciente.

Au fur à mesure que le temps passait, la prise en charge de l'outil s'est améliorée, puis affinée, de sorte qu'aujourd'hui la perception est devenue plus fiable, permettant de développer une véritable *communication interactive* avec les tissus vivants.

Il faut également ajouter que la compréhension de la notion de communication interactive avec les tissus grâce au contrôle de l'attention, a grandement amélioré la faculté de présence. Il est bien plus facile de demeurer présent avec une personne lorsque la communication est interactive (c'est-à-dire à double sens) que lorsqu'elle ne l'est pas : qui peut facilement demeurer avec l'attention stable sur un objet matériel pendant longtemps ? Cela montre à l'évidence que la structure vivante est plus qu'une structure matérielle, présomption qu'il m'a fallu explorer.

L'intention

Une dernière aventure est venue renforcer ma présomption de communication interactive avec les tissus vivants. Je fus un jour bouleversé en sentant le crâne d'un patient se mettre spontanément en torsion alors que je lui posais mentalement la question : « *Voyons, y a-t-il une torsion dans ce crâne ?* » La première réaction fut bien évidemment le doute.

J'essayai la même chose avec d'autres patients et leurs tissus répondirent. Je venais de découvrir que par mon intention, je pouvais induire consciemment quelque chose dans les tissus du patient et obtenir une réponse. En revanche, la réponse n'était ni uniforme ni égale des deux côtés. La plupart du temps, un côté était plus libre que l'autre. Il m'incombait d'analyser la qualité des réponses et de les comparer.

Avec l'intention, je pouvais empiler les différents paramètres d'altération de la symphyse sphéno-basilaire avec une facilité déconcertante : il me suffisait de formuler successivement les côtés de chaque altération, d'analyser le côté répondant le plus facilement, puis de demander aux tissus d'y aller et de les y maintenir pour analyser successivement les autres paramètres. Quelle audace vis-à-vis de mes enseignants qui m'avaient toujours demandé de ne rien induire !

La différence est que je le faisais *consciemment* et que *j'analysais la réponse* des tissus répondant à ma demande. Je m'aperçus alors que les tissus – la vie même – tentent toujours de répondre, mais qu'ils le font *comme ils peuvent*. Aujourd'hui, j'ai adopté l'attitude consistant à induire systématiquement, mais consciemment. Je suis même à peu près certain que, pour obtenir quelque information venant des tissus vivants, il faut l'induire, c'est-à-dire la demander. Et en même temps, j'ai compris que, là aussi, je m'étais sans doute laissé mystifier, acceptant les inductions des autres et essayant de m'y conformer et d'y conformer les tissus de mes patients, avec tous les problèmes qui en avaient découlé.

Cela nous permet de comprendre pourquoi nous finissons tous par sentir la même chose au niveau du système crânien : c'est ce que nous nous attendons à percevoir ! Malheureusement, ces découvertes vinrent du même coup *invalider** beaucoup de certitudes antérieures, et comme Colomb, je me suis retrouvé bien perdu au milieu de l'océan… L'océan des perceptions, toujours lui. Ayant bouleversé mon ancien référentiel – il est vrai très chancelant –, je me trouvais dans l'obligation d'en développer un autre, ce qui me demanda quelque temps.

La tension

Je sentais désormais ! Je savais comment faire et je ne me privais pas d'utiliser ces merveilles avec mes patients. J'avais pourtant l'impression de ne pas aller aussi loin qu'il fallait dans le travail de libération au sein des tissus.

Viola Frymann me mit sur la voie lors d'un séminaire présentant les premières techniques sur les fascias, à une époque où tout cela nous était inconnu. Nous ne comprenions pas pourquoi des tissus, crâniens ou autres, se mettaient spontanément en mouvement, présentant des mouvements totalement différents des mouvements physiologiques codifiés : « *Cette approche pourrait être comparée au déroulement du fil du téléphone entortillé. Il est trop laborieux et pas toujours satisfaisant de le dérouler tour par tour. Soulevez-le par une extrémité et laissez pendre le récepteur, cela introduit une certaine traction. Laissez-le tourner dans un sens puis en sens inverse, alternativement, jusqu'à ce qu'il s'arrête. Le fil est alors complètement dénoué.* » (Frymann, 1998, 282.) Ainsi donc, nous établissions avec les tissus les conditions d'un échange, ce qui leur permettait de libérer de l'énergie par du mouvement. Voilà qui me semblait bien ostéopathique !

Notre rôle se bornait à créer les conditions pour que cela soit. Mais, pour que ce processus d'échange puisse réellement commencer, il me semblait que d'autres éléments que présence, attention et intention devaient être utilisés.

Le premier que je trouvai fut la *tension*. On m'avait toujours dit d'être détendu pour sentir quelque chose. Je me rendis compte que je sentais mieux en mettant de la tension dans les doigts. Décidément, je ne m'épanouissais que dans la contradiction ! Je me rendis compte qu'en augmentant progressivement la tension dans les doigts – une simple tension isométrique –, quel que soit l'endroit de la structure où je me trouvais, un mouvement finissait par naître spontanément qu'il suffisait de suivre jusqu'à son arrêt pour détendre la structure, c'est-à-dire lui faire libérer de l'énergie.

Je pouvais appliquer cela à toutes les structures du corps, même au mécanisme respiratoire primaire et cela fonctionnait bien. Pourtant, j'avais souvent l'impression que les tissus me *baladaient* et que ces libérations, quoique bien réelles, demeuraient relativement superficielles. De plus, elles duraient souvent fort longtemps, alors que lorsque j'avais vu travailler Viola Frymann, les techniques ne m'avaient pas semblé si longues.

La densité

La solution me vint un jour que j'étais à la tête du patient et que, malgré ma présence, mon attention et mon intention, malgré la tension que je tentais de mettre dans les doigts, rien ne bougeait, rien ne se libérait. J'eus l'intuition que pour arriver à quelque chose, il fallait *rentrer* dans cette structure. Ce que je m'étais également toujours interdit, suivant encore en cela les admonestations de mes maîtres qui, se fondant sur les propos de Sutherland – l'oiseau sur la branche –, nous répétaient sans cesse : « *surtout n'appuyez pas* ». J'avais d'ailleurs expérimenté sur mon propre crâne le supplice de mains trop *pesantes*. Pourtant, cette fois, dès que je commençai à rentrer plus nettement dans la structure du crâne du patient, le mouvement démarra, lent, lourd, presque majestueux, mais libérateur. Acceptant de me *laisser aller* dans la structure, j'avais la sensation qu'elle me demandait d'appuyer toujours plus, à tel point que je demandais plusieurs fois à mon patient : « *ça va ?* ». Il me répondit : « *ça fait beaucoup de bien, ça soulage !* ».

J'ai peu à peu compris que le fait de *rentrer* dans la structure, permet de trouver un accord avec son état de matérialité, que plus on veut traiter des structures naturellement denses, plus il faut accepter d'aller au-devant de cette densité donc de *rentrer dedans*, et que les difficultés essentielles des patients se trouvent bien souvent dans les structures les plus denses.

Enfin, j'ai découvert une chose étonnante : une fois l'accord avec l'état de densité d'une structure – fût-elle osseuse –, bien établi, on a la sensation de travailler avec du fluide* ! Viola Frymann nous expliqua cela dans un cours sur la palpation : « *Comment pouvez-vous tester la maturité d'un fruit mûr ? Si la pression exercée par vos doigts excède la résistance opposée par les tissus du fruit, la chair du fruit sera meurtrie, creusée, en fonction de la force de la pression. Si, au contraire, les forces de résistance à la pression du fruit pas mûr excèdent la pression d'une main très timide, vous n'obtiendrez aucune connaissance sur la maturité du fruit. Vous ne serez renseigné sur sa maturité qu'en ajustant votre pression aux forces de résistance émanant du fruit, et vous ne l'abîmerez pas.* » (Frymann, 1998, 65.) Au moment de l'accord entre notre appui et la résistance du fruit, nous avons une sensation de type fluidique ou plus exactement *plastique**.

C'est à partir de ce moment que j'ai réellement compris la notion de *fulcrum* tant développée par W. Sutherland et l'ostéopathie crânienne. Lorsque nous considérons les structures denses du corps comme solides au sens physique du terme, seule la notion d'axe s'applique. Il faut induire la fluidité pour comprendre l'idée de fulcrum qui va gauchir toute une structure et altérer ses appuis physiologiques. Un tel concept suppose la fluidité, la "déformabilité", même au niveau des structures les plus denses. Aujourd'hui, je compare le corps humain vivant à une méduse*. Elle est toute fluidité, malgré des structures plus denses que d'autres qui imposent des fulcrums. Notre corps est de même, à un niveau de densité certes plus élevé. C'est notre considération, notre non-compréhension de cela qui nous empêche de nous mettre à l'unisson de ses densités et de ressentir la plasticité, même au niveau de l'os.

Les paramètres de palpation

Aujourd'hui, lorsque je m'adresse à une structure vivante, quelle qu'elle soit, je commence à établir un accord avec sa matérialité en la comprimant doucement et progressivement avec les mains, et surtout en suivant la réponse qu'elle propose spontanément à cette compression. Cela me donne l'impression d'établir un accord avec sa nature la plus matérielle. Je mets ensuite progressivement de la tension dans les doigts, ce qui améliore encore la condition de l'échange et favorise la création des phénomènes de libération de l'énergie retenue, s'exprimant dans le mouvement. Je suis présent au patient, mon attention est placée sur la structure que je désire libérer et l'intention est justement qu'elle se libère de tout blocage.

Dans cette communication, nous avons utilisé des paramètres *subjectifs** (présence, attention, intention) et des paramètres *objectifs** (tension, densité, vitesse lorsque le mouvement naît). Ces six paramètres constituent les paramètres de palpation et me permettent d'entrer en communication interactive avec les structures vivantes et de les aider à se libérer de leurs surcharges énergétiques.

Si nous voulons utiliser encore l'allégorie d'A. T. Still concernant la traversée d'océan, nous pourrions dire que ces paramètres constituent des instruments nous permettant de naviguer, de nous orienter quelque peu au sein de l'océan des perceptions.

CHEMINEMENT PHILOSOPHIQUE ET HISTORIQUE

Neufs ou anciens, j'aime les livres. Lorsque j'ai du temps, il m'arrive de fureter chez les brocanteurs, antiquaires et autres bouquinistes. Cette recherche au hasard m'a parfois conduit à des découvertes intéressantes. Un jour, je saisis un livre dont le titre m'avait intrigué : *L'Homme devant la science*, aussitôt transformé dans ma tête en : *L'Ostéopathe devant la science*! J'ouvris au hasard et lus : « *En l'absence de l'homme, l'univers n'a plus ni forme ni couleur; de même, en l'absence de poste récepteur accordé, la plus grande symphonie de Beethoven, diffusée, s'évanouit dans l'espace sans être entendue et sans éveiller un écho, en dehors de la salle où on la joue. Les photons émis par le soleil, et qui par leurs réflexions sur les objets, êtres vivants, arbres, fleurs, rochers, excitent au fond de notre œil ce que nous appelons un paysage, ne sont que des trains d'ondes, des quanta d'énergie.* » (Lecomte du Noüy, 1939, 51.) Cette lecture m'interpella à deux niveaux : tout d'abord, elle me confronta brutalement à une autre manière de voir les choses, m'amenant à me poser une question plutôt bouleversante : l'univers existe-t-il en dehors de moi qui l'observe ? Je ne m'étais jamais posé une telle question ! Ensuite, amateur de musique, je trouvais bien incongru de réduire l'œuvre de Beethoven à un train d'ondes et de quanta d'énergie.

Je ne connaissais pas Lecomte du Noüy[3], mais l'année de publication (1939) et l'éditeur (Flammarion) me laissaient penser qu'il ne s'agissait pas de n'importe qui : n'étaient publiés à cette époque que des auteurs déjà renommés dans leur domaine. J'achetai le livre et le lus avec avidité. J'y découvris les réflexions d'un scientifique sur la science et l'homme. Je les trouvais pleines de recul, de mesure et de bon sens. Outre que ces réflexions sonnaient très juste relativement à mon questionnement d'ostéopathe par rapport à la science, la lecture de ce livre fut le point de départ d'un profond changement dans ma manière d'envisager les choses. Il pointait le fait que « *Nous ne pouvons nous fier à nos sens. Ils nous donnent une vue très altérée. Ils divisent cette totalité en un petit fragment que nous appelons réalité. Il se trouve que nous nous accordons à son propos. Nous l'appelons même "réalité objective" et pour l'explorer, nous utilisons une vaste méthodologie que nous appelons "science". Si vous comprenez vraiment ce qu'est la science, alors la science – au moins jusqu'à présent – n'a pas été une méthode pour explorer la vérité. La science a été une méthode pour explorer la représentation commune de ce que nous pensons être la vérité.* » (Chopra, 1991, 2.)

Cela enfin m'amena à relativiser considérablement l'idée de réalité, à commencer par la mienne : « *...notre idée quotidienne, conventionnelle, de la réalité est une illusion que nous passons une partie substantielle de notre vie à étayer, fût-ce au risque considérable de plier les faits à notre propre définition du réel, au lieu d'adopter la démarche inverse. De toutes les illusions, la plus périlleuse consiste à penser qu'il n'existe qu'une seule réalité. En fait ce qui existe, ce ne sont que différentes versions de celle-ci dont certaines peuvent être contradictoires, et qui sont toutes des effets de la communication, non le reflet de vérités objectives et éternelles.* » (Watzlawick, 1978, 7.)

Mes certitudes une nouvelle fois invalidées, je me retrouvais de nouveau comme Colomb, perdu dans l'océan des incertitudes... Cependant, l'idée que nos sens nous donnent une vue tronquée de la réalité rejoignait les préoccupations reliées à la palpation et soulignait le paradoxe que vit journellement l'ostéopathe : utiliser de manière fiable un outil dont on sait qu'il donne de la réalité une vue très partielle. Cette idée m'invitait à creuser (*dig on*[4]) pour tenter de réduire les conséquences de ce paradoxe ou de les intégrer dans un système cohérent. C'est la découverte de la sémantique générale d'Alfred Korzybski[5] qui m'apporta les réponses et explica-

3. Pierre Lecomte du Noüy (1883-1947) biologiste français qui étudia avec Alexis Carrel la vitesse de cicatrisation des blessures et proposa une conception du temps biologique propre à la substance vivante (*Le Temps et la vie*, Gallimard, 1936).

4. *Dig on* (creuser) : selon Still, les initiales DO (Diplomate in Osteopathy) correspondent également Dig On (creuser), signifiant que l'ostéopathe se doit d'être en recherche permanente de compréhension et d'amélioration. Cette idée sera largement reprise par Sutherland qui en parle souvent dans ses écrits.

5. Comte Alfred Korzybski (1879-1950), né à Varsovie en Pologne au sein d'une famille d'ingénieurs, de mathématiciens et de scientifiques. Ingénieur lui-même, il s'intéresse très tôt la linguistique et à la psychologie. Il travaille un temps dans le renseignement militaire puis comme conseiller militaire au Canada et aux États-Unis. À partir de 1921, il s'établit aux États-Unis pour y poursuivre une longue réflexion sur l'homme. Il publie en 1921 *Manhood of Humanity*, en 1924-1926, *Time binding : The General Theory* et, en 1933, *Science of Sanity. An Introduction to Non-Arestotelian Systems and General Semantics*, ouvrage considéré comme la somme de ses idées. En 1938, il fonde l'Institut de Sémantique générale, ...>

tions à mes yeux les plus pertinentes. J'y trouvais une continuité logique avec les propos de Lecomte du Noüy, Korzybski allant cependant beaucoup plus loin et apportant la cohérence à laquelle j'aspirais. Une de ses remarques les plus importantes correspond à l'idée que nous décrivons l'univers tel que nous le percevons. Dans cette proposition, deux choses capitales méritent d'être analysées, la perception et la *description**.

L'univers que nous percevons

Percevoir l'univers constitue une expérience sensorielle, donc relationnelle. La *relation** à notre environnement se traduit par des *interactions** énergétiques (rayonnement, forces, etc.) agissant sur notre système nerveux. Dès lors, surgit une question : peut-on affirmer que l'univers existe indépendamment de nous ? Peut-il exister s'il n'y a personne pour le percevoir ? Korzybski nous dit à ce propos : « [...] *la réalité telle que nous la concevons n'a pas d'existence propre, elle est le produit de notre structure nerveuse* » (Saucet, 1996, 36). Comme nous utilisons tous le même système de perception (le système sensoriel), il est logique que notre perception de la réalité, lorsqu'elle utilise ce système, soit commune à tous, constituant ce que nous appelons la *réalité**.

Mais, du même coup, cela nous amène à considérer que l'observateur ne peut se dissocier de ce qu'il observe : « *Le physicien de Princeton, John A. Wheeler, pense que le terme d'*observateur *devrait être remplacé par celui de* participant. *Ce remplacement, selon lui, devrait explicitement souligner le rôle nouveau que la conscience joue dans la physique. Au lieu de refuser l'existence d'une réalité objective, il affirme au contraire que la réalité objective et la réalité subjective se fabriquent, en quelque sorte, l'une l'autre. Elles forment des systèmes "auto-excités", et ne sont amenées à exister que par "autoréférence". Il écrit : "Se peut-il que l'univers, grâce à une perception singulière, soit amené à exister par la participation de ceux qui participent ?* [...] *L'acte vital est l'acte de participation. Le participant est un nouveau concept qui nous est donné par la mécanique quantique. Il chasse le terme d'observateur de la théorie classique, cet homme qui se tenait à l'abri derrière la vitre et regardait ce qui se passait sans y prendre part. Il ne peut en être qu'ainsi, c'est la mécanique quantique qui le dit."* » (Talbot, 1984, 46.) Ces éléments deviennent pour un ostéopathe – qui vit de palpations –, d'une importance considérable.

Ce que nous considérons comme notre réalité se forge par l'utilisation d'un système perceptif commun et par la répétition d'expériences associées à l'éducation qui nous propose (nous impose ?) des interprétations de nos expériences sensorielles en accord avec les *consensus** régnant dans le milieu où nous vivons. Répétition et communauté d'interprétation finissent par créer notre réalité. Il s'agit de *conditionnement**.

Ce processus nous permet de comprendre qu'il existe deux types de réalités : « *Très fréquemment,* [...] *on fait une confusion entre deux aspects différents de ce que nous appelons la réalité. Le premier a trait aux propriétés purement physiques, objectivement sensibles des choses, et est intiment lié à une perception sensorielle correcte, au sens "commun" ou à une vérification objective, répétable et scientifique. Le second concerne l'attribution d'une signification et d'une valeur à ces choses, et il se fonde sur la communication.* » (Watzlawick, 1978, 65.) La première réalité est consécutive au système sensoriel que nous utilisons tous en commun : le corps ; et la seconde à l'interprétation que nous faisons de ce que nous avons perçu.

L'univers tel que nous le décrivons

Décrire l'univers, revient évidemment à décrire ce que nous percevons. Par rapport au phénomène de la description, Korzybski propose l'analogie de la carte et du territoire. Incapables d'envisager un territoire dans toute sa complexité, nous utilisons des *représentations*, des *modèles** de ce territoire que nous appelons *cartes*. Malheureusement, nous oublions bien souvent « *qu'une carte n'est pas le territoire qu'elle représente* » (Korzybski, 1951, 17). Elle nous donne seulement une représentation de celui-ci à l'aide de symboles, de signes conventionnels et ne représente au mieux qu'une partie de ce territoire (la représentation est schématique, les détails ne sont pas tous indiqués).

Pour nous, ostéopathes, l'analogie de la carte et du territoire est particulièrement frappante, puisque

suite note 5. dont le siège actuel est à Lakeville (Connecticut). Beaucoup de théories "psychologiques" actuelles se fondent sur les prémisses de la sémantique générale. Certaines, comme l'école de Palo Alto, fondée par Don Jackson et Gregory Bateson le reconnaissent explicitement.

nous utilisons sans cesse des représentations schématiques de l'organisme humain sous forme de planches anatomiques. Il se trouve, malheureusement, qu'à force d'utiliser les cartes pour représenter le territoire, nous finissons par ne plus concevoir que les cartes, ignorant ou oubliant l'existence propre du territoire. Cela s'applique particulièrement à la considération des tissus corporels dont la plupart d'entre nous ne possèdent qu'une représentation schématique issue des livres, très différente de ce que peut observer l'anatomiste pratiquant la dissection, à qui manque encore un élément essentiel, la vie : « *Quelle est la différence ressentie dans la palpation entre le bras d'un individu vivant et celui d'un individu mort, entre un arbre vivant et un poteau télégraphique, entre un œil au regard éveillé et une orbite aveugle et sans vie ?* » (Frymann, 1998, 330.)

Ainsi, « *Nous ignorons tout, et nous ignorerons toujours tout des rapports entre l'univers plein d'hypothèses et de mystères que nous avons bâti grâce à notre logique et à notre génie au moyen des éléments fournis par le miroir déformant de nos sens, et l'univers réel, incolore, et silencieux. Du choc entre lui et notre conscience est née la splendeur du monde, et l'on pourrait paraphraser le beau vers de Rostand et dire : "O conscience, toi sans qui les choses ne seraient pas ce qu'elles sont".* » (Lecomte du Noüy, 1939, 71-72.)

Les difficultés qui viennent d'être signalées surgissent en partie parce que nous observons à partir d'un *point de vue**, qui limite notre observation et fait que nous n'avons qu'une vue partielle de l'objet que nous observons. Ces phénomènes sont illustrés par une vieille parabole hindoue racontant l'histoire des quatre aveugles rencontrant sur leur route un éléphant dont ils tentent de deviner la forme pour décrire ce qu'ils ont expérimenté : « *L'un d'eux dit qu'en vérité un éléphant est tout semblable à un serpent. Cet homme n'a tâté que la trompe. Un autre dit que l'éléphant est pareil à un arbre ; il n'a remarqué que la patte du pachyderme. Non, dit un troisième, ce n'est point cela, l'éléphant est comme une feuille de chou. Celui-là a caressé l'oreille de l'animal. Enfin le quatrième compare l'éléphant à une corde ; il n'a tenu que la queue. Chacun de ces hommes est convaincu d'avoir décrit l'animal, pourtant aucun d'eux n'y parvient. Chacun de nous est convaincu de voir les choses telles qu'elles sont. Mais, avec notre vision limitée, nous ne parvenons jamais à voir le tout, et les parties que nous décrivons ne le constituent jamais.* » (Kramer, 1983, 14.)

Le problème du langage

Pour décrire ce que nous percevons, notre principal outil est le *langage** de tout temps implicitement considéré comme le miroir de la réalité. « *C'était lui attribuer trop de pouvoir, et bon nombre de nos "maux" sont venus de là. Qui dit miroir, en effet, veut dire reflet fidèle. L'on n'a donc pas su voir toute la distance, toute la différence, qui séparait le donné vécu, observé, de ce que l'on pouvait dire à son sujet. On a identifié ce donné vécu avec ce que l'on en disait. Et, dans bien des cas, on a laissé ce qui était dit prendre le pas sur ce qui était ou pouvait être observé ou vécu.* [...] *Le langage, en effet, ne peut pas prétendre à rendre compte des faits totalement, encore moins avec une totale fidélité. Il ne fait en somme pas autre chose que de permettre le tracé de "cartes verbales". En analogie avec ce qui vient d'être dit de la carte, nous pouvons dire : un mot n'est pas ce qu'il représente ; un mot ne représente pas tous les faits.* » (Bulla de Villaret, 1992, 22.)

Nous pouvons immédiatement appliquer cela à l'ostéopathie : « *Nous devons bien comprendre que lorsque nous disons : "voilà une torsion gauche, voilà une épaule gelée", ce sont juste les étiquettes que nous mettons sur les choses. La fonction interne est une image mouvante pendant les cycles correctifs. Les étiquettes ont leur utilité et vous pouvez créer vos propres étiquettes. Je dispose d'une longue liste d'étiquettes que j'utilise pour différentes choses auxquelles je reconnais le même type de schéma. Mais ce n'est qu'un nom qui me permet de me souvenir théoriquement de la chose sur laquelle je travaillais. L'étiquette n'est pas la pathologie impliquée.* » (Brooks ed., 1997, 224.)

De plus, comme dans notre langage les mots se présentent les uns derrière les autres, chacun comme une entité séparée, nous finissons par penser que le monde est, lui aussi, constitué de pièces et de morceaux, que les mots sont chargés de représenter. Cette fragmentation du monde ne provient pas de la nature des mots, mais de la structure même du langage qui fragmente ce qu'il décrit : « *Et cependant, bien des choses se contentent d'être. C'est l'homme qui les analyse, les sépare, les cloisonne et jamais de façon désintéressée. Au début, devant l'apparent chaos du monde, il a classé, construit ses tiroirs, ses chapitres, ses étagères. Il a introduit un ordre dans*

la nature elle-même, sans s'apercevoir que c'était le sien, qu'il était établi avec ses propres critères et que ces critères c'étaient ceux qui résultaient de l'activité fonctionnelle du système, lui permettant de prendre contact avec le monde : son système nerveux. » (Laborit, 1976, 12.)

Le concept de relation cause-effet, par exemple, si cher aux ostéopathes, est inhérent à la structure de la phrase dans laquelle le sujet agit par l'intermédiaire d'un verbe sur un objet. Mais cela peut être une représentation très imparfaite de ce qui se passe dans la réalité de la vie, surtout dans les cas d'interactions. Par sa structure même, le langage permet de décrire un enchaînement linéaire unique, alors que la vie nous en présente simultanément des quantités. Le langage nous conduit donc presque inéluctablement à fragmenter l'univers qui par essence est une globalité de relations dynamiques.

Enfin, comment les mots prennent-ils sens pour nous ? Essentiellement par l'imprégnation de notre milieu environnant, notamment familial et scolaire. Bien entendu, à la maison, à l'école maman, papa, la maîtresse, désignent à l'enfant des objets en les nommant, ce qui lui permet d'acquérir à propos des objets de l'environnement immédiat et de la vie pratique une *nomenclature** de base le plus souvent correcte. Mais qu'en est-il de la subtilité de la vie associée à l'utilisation du langage courant ? L'enfant l'apprend *sur le tas* établissant par lui même les liens et les corrélations nécessaires entre ce qu'il vit et ce qui se dit, avec toutes les erreurs d'appréciation et les glissements de sens que cela peut entraîner. Cette intégration mot/vécu s'opère très tôt dans la vie de l'enfant. Dans la création de son référentiel vocabulaire/situation, il associe inconsciemment aux mots, en plus de leur sens *explicite**, un poids émotionnel et des significations cachées, *implicites**, la plupart du temps inconscients, mais altérant les significations de base. Comme cette intégration s'est faite très tôt dans notre vie d'enfant, les mots conservent à nos yeux des sens cachés, que les tentatives ultérieures de clarification ne suffisent pas toujours à éliminer.

Ajoutons pour terminer que les mots sont des entités liées à la vie et qu'à ce titre, leurs sens varient dans le temps et l'espace : le sens d'un mot se modifie et s'altère en fonction de l'époque et en fonction du lieu et des cultures.

Comment s'étonner dans ces conditions qu'un même mot puisse revêtir des sens différents selon les personnes et éveiller chez elles toutes sortes d'irrationalités, sources de grandes difficultés dans la communication même la plus simple ? « *Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous croyez entendre, ce que vous entendez, ce que vous avez envie de comprendre, ce que vous croyez comprendre, il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même…* » (Werber, 2000, 34.) Et nous voici perdus dans l'océan de la communication !

Définir

Ces constatations me conduiront à prendre grand soin de définir mots et concepts utilisés au cours de l'exposé de ma démarche, tout en demeurant éveillé pour ne pas me laisser enfermer par eux : « *Les mots sont des outils essentiels pour formuler et communiquer les pensées, et aussi pour les emmagasiner dans la mémoire ; malheureusement, les mots peuvent devenir pièges, appeaux ou camisoles de force. Nombreux sont les concepts fondamentaux de la science qui, à telle ou telle époque, ont servi à la fois d'outils et de pièges ; par exemple "temps", "espace", "masse", "force", "poids", "éther", "corpuscule", "onde", dans les sciences physiques ; "but", "volonté", "sensation", "conscience", "conditionnement", en psychologie ; et en mathématiques : "limite", "continuité", "calculabilité", "divisibilité". Car il ne s'agissait pas de simples étiquettes, comme les noms donnés aux personnes et aux objets ; il s'agissait de constructions artificielles qui, derrière une façade innocente, dissimulaient les traces de l'espèce particulière de logique qui avait servi à les fabriquer. Pour reprendre l'exemple de Sidney Hook : "En dressant le tableau des catégories qui, à ses yeux, représentait la grammaire de l'existence, Aristote projetait en réalité sur le cosmos la grammaire de la langue grecque." La science occidentale a bien mis deux mille ans à se délivrer de l'hypnose produite par Aristote, dont la philosophie pénétrait la structure même du langage définissant non seulement les notions de la "science", mais aussi celles du "sens commun". Toutes les grandes révolutions de la pensée scientifique durent se faire non seulement contre les dogmes aristotéliciens, platoniciens ou chrétiens, mais aussi contre ce qui paraissait l'évidence et le bon sens, les règles informulées du*

code. Chaque fois, il fallut battre en brèche l'ordre établi de la pensée conceptuelle. Kepler renversa la doctrine "évidente" du mouvement circulaire uniforme; Galilée ruina la notion de bon sens que tout corps en mouvement doit avoir un "moteur" pour le tirer ou le pousser. Newton, non sans répugnance, dut contredire l'expérience et montrer qu'il y a action possible sans contact; Rutherford dut commettre une contradiction dans les termes en affirmant que l'atome, dont le nom signifie "indivisible", est divisible. Einstein nous interdit de croire que les horloges tournent à la même vitesse en n'importe quel point de l'univers; la physique des quanta a escamoté le sens traditionnel de mots tels que matière, énergie, cause et effet. Les préjugés et les impuretés qui se sont incorporés aux concepts verbaux d'un "univers du discours" donné ne seront éliminés par aucun discours à l'intérieur de cet univers. Ce n'est pas "en jouant à un jeu que l'on peut en modifier les règles, si absurdes soient-elles". De toutes les formes d'activité mentale, la pensée verbale est la plus claire, la plus complexe et la plus vulnérable. Elle est capable d'absorber toutes sortes de suggestions chuchotées et d'en faire des règles secrètes du code. Le langage peut faire écran entre le penseur et le réel. Et c'est pourquoi, bien souvent, la véritable création commence où finit le langage. » (Koestler, in Racle 1983, 71.)

MODÉLISER

Nous venons de voir que, pour connaître, nous percevons, puis créons des *abstractions** à partir de nos perceptions, c'est-à-dire des représentations, des cartes, des *modèles*. Il s'agit de simplifier la réalité, ce qui constitue une forme de réductionnisme. L'objectif essentiel d'un modèle est de créer un cadre permettant de comprendre l'ensemble des faits et phénomènes observés, d'établir leurs relations mutuelles, puis d'élaborer des lois nous permettant de prévoir. La caractéristique essentielle d'un modèle est d'être opératoire, fonctionnel. Sa *validation** essentielle se trouve donc dans le résultat obtenu par son utilisation, conforme ou non à ce qu'on attend de lui.

Le modèle scientifique

Le scientifique utilise l'abstraction du réel, élaborant des modèles pour tenter de résoudre des problèmes ou de mieux comprendre des phénomènes particuliers. Pour le scientifique, le modèle est une structure théorique très réfléchie, rassemblant un nombre limité d'éléments sélectionnés, susceptibles de varier. C'est une structure visant à faciliter la description, l'étude, la compréhension et éventuellement la prévision des phénomènes qui se produisent ou peuvent se produire dans un champ d'observation défini avec un degré de rigueur élevé et dans des conditions d'observation généralement très strictes et précisées dès le départ. « *Le but de la recherche scientifique n'est pas de découvrir et de dévoiler des vérités, contrairement à l'idée reçue, mais de proposer à partir d'observations, des modèles théoriques explicatifs du monde à un moment donné de l'histoire et, compte tenu des connaissances disponibles à ce moment.* » (de Mendoza, 1996, 109.)

La création d'un modèle à usage scientifique est une abstraction tout à fait consciente, accompagnée d'une mise en corrélation de la structure de l'abstraction avec un système de significations pouvant lui convenir, et d'une pondération, c'est-à-dire d'une mesure – même approximative –, de l'importance respective des éléments particuliers au sein de la structure d'ensemble. « *Un modèle construit délibérément, en pleine conscience, attentivement, est rarement sans valeur théorique ou sans possibilités d'application pratique.* » (Bulla de Villaret, 1992, 113.)

Lors de l'élaboration d'un modèle scientifique, il convient de cerner soigneusement ses limites d'application, d'analyser son degré de fiabilité, de remettre systématiquement en cause les similitudes et les approximations sur lesquelles il repose.

Évaluation d'un modèle

Un certain nombre de critères logiques peuvent nous permettre d'évaluer la qualité d'un modèle. Citons en quelques-uns.

La *fiabilité* dépend évidemment des objectifs ayant présidé à la création du modèle qui sera considéré comme fiable dans la mesure où sa mise en œuvre permet d'atteindre les résultats escomptés lors de sa création.

La *prédiction* est également un élément important. Elle représente souvent une des raisons essentielles ayant présidé à la conception du modèle. Un modèle est donc d'autant plus intéressant qu'il permet de prévoir un enchaînement de causes et de conséquences.

La *simplicité* constitue un critère important pour évaluer un modèle, parce qu'il est chargé de représenter tout ou partie d'une situation trop complexe pour être envisagée ou étudiée dans son ensemble. La simplicité est également garante de la facilité avec laquelle on pourra le mettre en œuvre.

La *maniabilité* est indispensable. Trop de lourdeur fige les choses et décourage de modifier quoi que ce soit pour étudier les résultats.

Le modèle apporte-t-il une meilleure *compréhension* des phénomènes qu'il est chargé d'étudier ? Une qualité majeure rapportée à un modèle siège dans sa capacité à inclure le plus d'éléments possibles au sein d'une compréhension.

Un modèle doit enfin être *évolutif* et pouvoir être modifié en fonction des difficultés apparaissant lors de sa mise en œuvre, des trouvailles qu'il génère ou des changements intervenant dans la situation qu'il permet d'étudier.

Vivre, c'est modéliser

Le modèle scientifique est un cas particulier de modèle, élaboré consciemment, représentant plus simplement un ensemble existant, trop complexe pour qu'il soit économique ou simplement possible de l'aborder directement. On espère qu'il permettra de déterminer des *réactions** éventuelles de cet ensemble face à des actions exercées sur lui et qu'il aidera par conséquent à fixer certains objectifs avec une bonne probabilité de les atteindre.

Mais le modèle scientifique n'est que l'utilisation *consciente* d'un processus inhérent à la vie. « *On peut dire que l'homme est un incessant constructeur de modèles. Dans la plupart des situations où il peut se trouver, il ne saurait s'en passer pour comprendre et agir. Même les systèmes magiques les plus éloignés de nos modes de pensée font usage de modèles qui nous deviennent parfaitement cohérents dès que nous avons pu saisir la démarche logique sur laquelle ils se fondent, ou découvrir et comprendre les mythes qui leur servent de support.* » (Bulla du Villaret, 1992, 112.) Nous modélisons tout, la plupart du temps inconsciemment, c'est-à-dire que nous élaborons des abstractions, des représentations à partir de tout ce que nous percevons et expérimentons, dans le but de créer des *cohérences**, de *comprendre** les choses, la vie, de nous orienter, de trouver des solutions.

Dès son plus jeune âge, l'enfant, au contact des personnes qui l'entourent, notamment ses parents, établit des modèles de comportement lui permettant de contrôler quelque peu son environnement. Il apprend par exemple que l'expression de chagrin *fait craquer* maman. Alors, dès qu'il veut obtenir quelque chose de sa mère, il prend le ton du chagrin. Si ce comportement fonctionne de façon suffisamment stable et prévisible, il va devenir un modèle opérationnel vis-à-vis de maman. Tout cela, bien entendu, est inconscient. Avec papa en revanche, il vaut mieux se montrer plus déterminé, plus offensif. Face à son père, il adopte donc une attitude plus combative et créera un autre modèle. Ainsi, se forge-t-il inconsciemment un système qu'il met au point à coup d'essais répétés, analysant ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, établissant des corrélations qui ne sont pas forcément absolument vraies, mais qui le deviennent pour lui parce qu'elles lui permettent de parvenir à ses fins.

L'ostéopathe fait bien entendu de même, élaborant lentement des modèles de compréhension qui tentent d'intégrer l'ensemble des connaissances livresques et scientifiques, une philosophie et une expérience résultant du contact avec les patients et des perceptions fournies par la palpation des tissus vivants.

Les « postulats silencieux » de Korzybski

C'est au cours de ces opérations de modélisation inconscientes que nous déterminons nos *standards* ou nos critères d'évaluation par rapport à la vie, aux autres, à nous-même, à notre travail, etc. Ils entrent bien entendu en ligne de compte dans notre manière d'évaluer les choses. De ces standards scientifiques, didactiques, moraux, philosophiques, voire métaphysiques, nous ne connaissons qu'une partie. L'essentiel est constitué par ce que Korzybski nomme les *postulats silencieux* : données fournies par la culture au sein de laquelle nous vivons, l'éducation reçue, certaines expériences antérieures, etc. Ils sont silencieux parce que nous n'en avons pas conscience, alors qu'ils interviennent grandement dans les appréciations que nous portons.

Ces postulats silencieux sont souvent la base de jugements reposant sur des généralisations qui ne tiennent aucun compte de l'aspect particulier des choses, des gens et des situations et que nous retrouvons fréquemment dans les débats stériles

sur *les gens, les Français, les Arabes, les Noirs, les Femmes, les Ostéopathes, les Médecins*, etc. Nous les appellerons *modèles implicites*.

Nous fonctionnons tous sur des modèles de comportement et d'évaluation de la vie et des autres que nous projetons et dont la plupart sont implicites (non dits) parce que non conscients, et comme ils nous servent de points de repères pour évaluer les choses de la vie, nous sommes essentiellement régis par notre inconscient, conditionnés. Les approches psychologiques systémiques ou comportementales actuelles reconnaissent toutes que dans la relation à autrui, 10 % seulement de l'échange s'effectue sur le mode conscient, les 90 % restants constituant le non-verbal, le non-dit, en général inconscient : « *Nos comportements, nos réussites sont moins conditionnés par le monde réel que par notre représentation du monde.* » (de Lassus, 1992, 105.)

Véracité d'un modèle

Puisque nos modèles fonctionnent, c'est qu'ils sont vrais ! Voire ! Cette certitude implicitement commune à tous est un des écueils essentiels à la compréhension de la vie et des autres et faute d'en être conscients, les ostéopathes ont rencontré bien des difficultés pour communiquer leur art. Il est vrai que puisqu'un modèle résulte de l'observation, il comporte toujours une part de vérité, même si cette vérité n'est que partielle et conjoncturelle : reliée aux positions relatives dans l'espace et dans le temps de l'observateur et de l'observé. Nous rejoignons la parabole des aveugles et de l'éléphant évoquée plus haut. Les faits nous montrent qu'un modèle n'a pas besoin d'être totalement vrai pour fonctionner. Il lui suffit d'exister. C'est la partie véridique qu'il modélise qui le rend fonctionnel. Ainsi par exemple, la modélisation du mouvement de la symphyse sphéno-basilaire proposée par H. Magoun n'est qu'une représentation partielle du fonctionnement du système. Elle permet pourtant d'analyser la mobilité de la structure avec une certaine fiabilité.

Pour être totalement vrai, un modèle devrait émaner d'un point de vue englobant tous les points de vue, ce qui est impossible à concevoir pour nos moyens limités. Un modèle n'est donc au mieux qu'une partie de la réalité. Dès le début de *Premiers Principes*, Herbert Spencer, propagateur du modèle évolutionniste et inspirateur de Still, nous montre qu'il concevait implicitement la nature imparfaite d'un modèle, son rôle organisateur et ses conséquences : « *Il nous arrive trop souvent d'oublier non seulement qu'il y a une âme de bonté dans les choses mauvaises, mais aussi qu'il y a une âme de vérité dans les choses fausses. S'il y a des gens qui admettent d'une manière abstraite qu'une fausseté contient probablement un noyau de vérité, bien peu y songent quand ils rendent un jugement sur les opinions d'autrui. On rejette avec indignation et mépris une croyance qui heurte grossièrement la réalité ; et, dans le feu de la lutte, personne ne se demande ce qui la recommandait aux esprits. Il faut pourtant qu'il y ait eu en elle quelque chose qui l'imposât. Il y a lieu de croire qu'elle s'accorde avec certaines parties de l'expérience des hommes par une correspondance imparfaite et vague peut-être, mais pourtant réelle.* » (Spencer, 1895, 2.)

Du modèle au dogme

L'utilisation d'un modèle (même et surtout s'il est inconscient) conduit presque automatiquement à son renforcement et à sa fixation : puisqu'il fonctionne, on finit par estimer qu'il est vrai. Conscients ou inconscients, nos modèles font office de *fulcrums** (points d'appui) philosophiques, mentaux, voire spirituels : ils nous servent à organiser la manière dont nous envisageons la vie. Rappelons que fidèles aux concepts de la sémantique générale, nous nous garderons d'entrer dans la dialectique vrai/faux pour adopter des points de vue nettement plus nuancés. Ce n'est pas tant la vérité d'un modèle qui va nous intéresser que son efficacité et sa capacité à déterminer une cohésion nous permettant une meilleure compréhension.

Lorsque la conscience d'utiliser un modèle n'existe pas ou disparaît à force de l'utiliser, nous finissons par nous y attacher intellectuellement ou affectivement et par chercher à l'appliquer de manière systématique. Ayant perdu la conscience d'utiliser des modèles librement construits, choisis, modifiés au gré des besoins selon les phénomènes que l'on étudie ou que l'on vit, nous cherchons inconsciemment à faire plier les phénomènes devant les modèles. Le modèle ne sert plus désormais à expliquer les facteurs observés, ce sont ces derniers qui sont sélectionnés et interprétés de manière à justifier et renforcer le modèle. C'est ainsi que nos modèles dégénèrent, nous font adopter des attitudes figées de fausse sécurité, nous rendent réticents au chan-

gement, ce qui, joint à une certaine paresse d'esprit, se traduit par un refus d'affronter de manière aussi neuve que possible les changements qu'impose la vie : « *Mais comment pouvons-nous être libres de regarder et d'apprendre, lorsque, depuis notre naissance jusqu'à l'instant de notre mort, nous sommes façonnés par telle ou telle culture, dans le petit moule de notre moi. Nous avons été conditionnés pendant des siècles par nos nationalités, nos castes, nos classes, nos traditions, nos religions, nos langues ; par l'éducation, la littérature, l'art ; par des coutumes, des conventions, par des propagandes de toutes sortes, des pressions économiques, des modes d'alimentation, des climats différents ; par nos familles et nos amis ; par nos expériences vécues ; bref, par toutes les influences auxquelles on peut penser, et cela, de telle sorte que nos réactions à tous les problèmes qui se présentent sont conditionnées.* » (Krishnamurti, 1994, 23-24.)

En tant qu'ostéopathes, nous sommes tout particulièrement concernés par ce problème : nous fonctionnons sur des modèles élaborés par nos maîtres, sans nous donner le droit ou la peine de les réévaluer ni de les actualiser. Quel ostéopathe ne s'est un jour posé la question de la véracité du modèle de mouvement de la symphyse sphéno-basilaire proposé par H. Magoun, ou du mécanisme respiratoire primaire tel qu'il a été formulé par W. G. Sutherland, et qui est aujourd'hui figé comme un dogme ?

Nous nous trouvons ici devant un étrange paradoxe : nos maîtres, novateurs, connurent de grandes difficultés parce que les modèles qu'ils conçurent à la suite de leurs observations s'opposaient à l'immobilisme de leurs contemporains et aujourd'hui, nous perpétuons leurs modèles qui, par définition ne sont que des approximations, sans nous donner le droit de les confronter à notre expérience présente et donc de les réévaluer, de les réactualiser à la lumière des avancées de notre expérience, de notre savoir ou de notre conscience.

Du dogme à la conscience

Prendre conscience du fait que nous modélisons tout, le plus souvent inconsciemment, met à notre disposition un magnifique outil didactique, pédagogique et thérapeutique pour comprendre la vie, les autres et nous-mêmes. Sur le plan didactique, chercher les modèles qui sous-tendent un sujet, les expliciter, puis éventuellement les améliorer constitue un très puissant processus de connaissance. Sur le plan pédagogique, expliciter les modèles permet d'amener les autres à la compréhension d'un système. Sur le plan thérapeutique enfin, rendre conscients les modèles inconscients, rendre explicite ce qui est implicite constitue une démarche de clarification et de libération extraordinairement efficace – bien que rarement confortable –, véritable chemin vers la compréhension et la tolérance. En effet, nos comportements parfois peu logiques prennent souvent racine dans des modèles forgés dans le passé et servant aujourd'hui de fulcrums inconscients à nos comportements, nous poussant à agir de manière décalée par rapport à la réelle problématique vécue dans le présent.

Disposant d'un si puissant outil pour comprendre, apprendre et soigner, pourquoi ne pas l'appliquer à l'ostéopathie ?

Ce que nous allons faire maintenant

Nous allons faire œuvre métabolique : comme un organisme vivant absorbe une substance ou un autre organisme, le scinde en ses constituants élémentaires et réutilise ce qu'il peut à son profit, rejetant le reste, nous allons démanteler des modèles, en isoler les éléments utiles à notre démarche afin d'en reconstituer d'autres dans le but de nous amener à une compréhension plus cohérente de la vie, du vivant et de son organisation. Notre intention sera essentiellement pratique, appliquée à la recherche d'une meilleure efficacité dans notre activité thérapeutique : « *La démonstration procure le fait qui sous-tend l'assertion, elle est la preuve de sa véracité. Donnez-moi ce que vous voulez, mais pas de théorie que vous ne puissiez démontrer.* » (Still, 1998, 357.)

- Nous allons tout d'abord tenter de comprendre et gérer la complexité en la modélisant. Nous verrons comment, en évoluant, ce modèle nous a petit à petit permis de comprendre d'autres concepts tels qu'abstraction et polarité.

- Nous rejoindrons ensuite nos grands maîtres en ostéopathie : Still, Littlejohn et Sutherland, à la recherche de leurs modélisations. Cela nous permettra d'affiner la compréhension de leur mode de fonctionnement et de leur approche.
- Notre réalité s'établissant à partir de ce que nous percevons, nous effectuerons un travail poussé sur la perception. Ici, plutôt que de décrire ce que nous percevons de l'univers ou des tissus du patient, il m'a semblé bien plus important de rechercher *comment* nous percevons, de proposer et d'utiliser un modèle applicable à la palpation, destiné à nous rendre conscients de *notre état d'être et de faire* pour percevoir.
- Nous tenterons ensuite d'élaborer des modèles concernant la structure corporelle vivante et son fonctionnement. Cela nous amènera à discuter certains modèles aujourd'hui en vigueur et à envisager des modifications.
- Puis nous serons amenés à décrire et pratiquer des techniques avec comme objectif d'expérimenter nos modèles et de prendre possession de l'extraordinaire outil que devient la palpation une fois pleinement intégrée. Nous proposerons d'appliquer cet outil à toutes les parties du corps, en présentant les techniques que nous utilisons habituellement.
- Enfin, nous proposerons un modèle méthodique utilisant les différentes cohérences établies au cours de notre avancée, et destiné – si nécessaire –, à nous servir de guide dans notre travail quotidien d'ostéopathe.
- Dans la dernière partie, nous essaierons d'aller plus loin et de présenter les dernières avancées dans notre exploration, toujours en cours.

Nous allons tenter de réduire l'implicite pour augmenter l'explicite, c'est-à-dire de mettre de la conscience là où elle n'était pas. Nous allons devenir disciples de Colomb. Sensations neuves, fortes, et découvertes garanties au cours de cette traversée à la recherche d'une compréhension du vivant ! Les principaux écueils qui s'interposeront et ralentiront notre avancée seront nos propres modèles. Ils organisent en effet notre tissu spirituel, mental, philosophique, corporel, etc. Ils ne se laisseront donc pas modifier ou réduire sans résistance : « *Tout système, selon le principe d'homéostasie, résiste à toute tentative d'altération de lui-même.* » (Watzlawick, 1993, 56.) Mises en pratique et expérimentations nous permettront de franchir les réticences au changement que nous ne manquerons pas de rencontrer.

> « *On dit souvent qu'il faut expérimenter sans idée préconçue. Cela n'est pas possible ; non seulement ce serait rendre toute expérience stérile, mais on le voudrait qu'on ne le pourrait pas. Chacun porte en soi sa conception du monde dont il ne peut se défaire si aisément. Il faut bien, par exemple, que nous nous servions du langage, et notre langage n'est pétri que d'idées préconçues et ne peut l'être d'autre chose. Seulement ce sont des idées préconçues inconscientes, mille fois plus dangereuses que les autres.* »
>
> (Poincaré, 1968, 159-60.)

2 COMPLEXUS

« Seule la totalité a un sens. »
C. G. Jung in Favre, *Dictionnaire des idées non reçues*, p. 437.

VOUS AVEZ DIT HOLISTIQUE ?

« Le mot "holisme" est aujourd'hui à la mode. Employé, le plus souvent, dans des expressions comme "médecine holistique", il peut s'appliquer à une multitude de conceptions et de pratiques : de l'homéopathie à l'acupuncture ; de l'hypnose au psychédélisme ; de l'imposition des mains aux rythmes alpha ; de l'hindouisme au Zen ; du comportement qu'il faut adopter à l'égard des malades jusqu'au caractère absolument impersonnel du diagnostic astrologique...*
Les hommes espèrent depuis longtemps trouver des solutions holistiques. Le mot lui-même remonte à Smuts, dans les années vingt. L'Oxford English Dictionary le définit comme "une tendance naturelle à élaborer des ensembles à partir du rassemblement ordonné d'unités". La pensée systématique qui permet de donner à ce mot un sens précis, formel et non surnaturel remonte au XIXe siècle : c'est à cette époque que nous trouvons les premières contributions à la réflexion contemporaine sur les ensembles naturels, ainsi que sur les relations formelles entre information et organisation : Claude Bernard et son "milieu intérieur" ; Maxwell[1], son "démon" et son analyse de la locomotive à vapeur avec régulateur de pression (1870) ; Russell Wallace[2] et sa conception de la sélection naturelle (1858) ; enfin le docteur Andrew Still, le fameux "vieux docteur" – un homme qui intéresse tout particulièrement les médecins.*
Still fut le fondateur de la médecine ostéopathique. À la fin du XIXe siècle, il eut l'idée que les pathologies corporelles pouvaient être dues à une interruption de ce que nous appelons aujourd'hui la communication – il suggéra que l'organisation physiologique interne de notre corps pouvait dépendre de la transmission des messages, et que la moelle épinière était une sorte de bureau à travers lequel tout message devait passer ; il soutint que, par simple manipulation de la colonne vertébrale, il devait être possible de guérir toutes les pathologies ; il devint un peu fou comme, je crois, tous ceux qui ont des idées un siècle trop tôt. Il en vint à penser que ses conceptions pouvaient expliquer non seulement les nombreuses anomalies effectivement liées à la colonne vertébrale, ses positions et ses messages, mais aussi que cette théorie pouvait s'appliquer aux invasions bactériennes et à bien d'autres questions. Cela lui attira beaucoup d'ennuis, mais, tout compte fait, il fut l'un des premiers holistes – précisément dans le sens que je veux attribuer à ce mot. » (Bateson, 1989, 243.)

Tout, sinon rien

À partir du moment où l'on commence à penser en termes de globalité, la conscience ne cesse de

1. James Clerk Maxwell (1831-1879), physicien écossais qui décrivit les équations générales régissant les champs électromagnétiques. Il fut l'un des premiers à accepter la réalité des atomes. Dans son ouvrage *Théorie de la chaleur* (1871), il proposa une machine imaginaire comportant un « démon » capable de suivre le mouvement de chaque atome.

2. Alfred Russel Wallace (1823-1913) : Voyageur et naturaliste anglais qui, indépendamment de Darwin, émit l'idée d'une sélection naturelle qu'il présenta à la société linnéenne de Londres (*Contributions to the Theory of Natural Selection* – 1870) presque en même temps que lui. Il mit en évidence l'influence du morcellement des terres émergées sur l'origine et le développement des espèces.

s'étendre et naturellement surgit la question : « *mais où s'arrête la globalité ?* » À l'instar des poupées russes, une globalité semble toujours en englober d'autres et être elle-même englobée par d'autres. C'est ce type de raisonnement qui conduit à penser que l'univers dans son ensemble est un système complexe dont toutes les parties sont en relation les unes avec les autres. Telle était bien évidemment la pensée de Still qui voyait l'univers comme une vaste machine, régie par des lois absolues édictées par un créateur omnipotent et omniprésent : « *Chaque trait du Maître Architecte de l'univers montre une preuve d'intelligence, et Son œuvre est absolue.* » (Still, 1998, 258.)

À qui l'observe attentivement, le vivant démontre à tous niveaux le concept de globalité et d'interdépendance : « *Même dans les langages humains, il n'est pas de proposition qui ne suppose l'univers entier. Dire "le tigre", c'est dire les tigres qui l'engendrèrent, les cerfs et les tortues qu'il dévora, l'herbe dont se nourrissent les cerfs, la terre qui fut la mère de l'herbe, le ciel qui donna le jour à la terre…* » (Jorge Luis Borges in Favre, 1994, 437.) Pourtant, paradoxalement, alors que son essence est la globalité, nous vivons la vie au quotidien comme si elle se constituait d'entités séparées et indépendantes. « *L'intelligence n'est pas une affaire de spécialisation, mais est, au contraire, la perception du processus total de notre être. Faut-il se spécialiser pour se voir ? C'est ce que vous faites constamment pourtant. Il y a le prêtre, le docteur, l'ingénieur, l'industriel, l'homme d'affaires, le professeur ; nous avons la mentalité inhérente à toute cette spécialisation. Pour réaliser la plus haute forme d'intelligence – qui est la vérité, qui est Dieu, qui ne peut pas être décrite – nous croyons qu'il nous faut devenir des spécialistes. Nous étudions, nous tâtonnons, nous explorons ; et, avec la mentalité de spécialistes, nous nous étudions afin de développer en nous une capacité, laquelle nous permettrait de mettre à nu nos conflits et nos misères.* » (Krishnamurti, 1994, 106.)

Ce qui est certain en tout cas, c'est que si nous voulons être cohérents et respectueux du concept de globalité – essentiel pour un ostéopathe –, nous devrons nous préoccuper d'envisager l'organisme vivant comme une globalité évoluant au sein d'autres globalités en interactions mutuelles permanentes. Et cela n'est pas si facile…

GLOBALITÉ, COMPLEXITÉ

Dans notre désir d'appréhender les choses globalement, le premier écueil que nous allons rencontrer, et auquel nous devrons trouver des solutions fonctionnelles, est la complexité. Le dictionnaire définit le complexe comme ce qui se compose d'éléments différents, combinés d'une manière qui n'est pas immédiatement saisissable.

Naissance de la complexité

Dans son livre *L'Évolution au bord du chaos*, Jean-Michel Heudin pose des questions qui laissent perplexes : « *Quelle est l'origine de la complexité ? Comment la matière en s'organisant a-t-elle abouti à la diversité biologique, à l'avènement de l'humanité ? Quel est le principe qui préside à la formation de structures de plus en plus complexes ?* » (Heudin, 1998, 11.) La complexité est-elle inhérente aux choses ou bien naît-elle de leur rassemblement et des relations mutuelles qu'elles contractent ? Les deux sans doute ! Nous pouvons donc l'envisager soit au niveau de la *constitution* des choses (de la cellule à l'organisme, par exemple), soit au niveau des *relations** entre les composants d'un système.

À notre perception et à notre raison, il semble évident que la complexité naît du simple et qu'elle résulte de phénomènes évolutifs, conséquences de la conjonction de l'écoulement du temps et de la nature relationnelle des éléments de l'univers physique et du vivant : « *De nombreux auteurs ont décrit la matière comme une longue chaîne d'éléments de complexité croissante. Cette chaîne commence avec les particules les plus élémentaires que nous connaissons et s'étend jusqu'aux sociétés humaines. À chaque niveau, les éléments de même nature se combinent pour former des structures qui relèvent d'un niveau supérieur d'organisation. Teilhard de Chardin fut probablement l'un des premiers à mettre en évidence que cette caractérisation correspondait également à une classification chronologique.* » (Heudin, 1998, 37.)

La complexité serait donc la conséquence de l'*évolution**. Cela nous fait retrouver des préoccupations chères à Still. Le concept d'évolution s'est épanoui au XIXe siècle, avec la pensée de Darwin et Spencer. Le but de mon propos n'est pas de détailler ce concept, mais il me semble pertinent de présenter la manière dont Spencer, grand inspirateur de Still,

rappelons-le, formule le concept d'évolution : « *L'évolution est une intégration de matière accompagnée de dissipation de mouvement, pendant laquelle la matière passe d'une homogénéité indéfinie, incohérente, à une hétérogénéité définie, cohérente et pendant laquelle aussi le mouvement retenu subit une transformation analogue.* » (Spencer, 1895, 355.) N'est-ce pas la description même du passage du simple au complexe ?

Gérer la complexité

De nos tentatives de décrire la vie et le vivant naît un conflit, une tension entre la nécessité de produire des connaissances nouvelles, de mettre de l'ordre dans les phénomènes, au risque de fabriquer du simplifié, et la dilution en des schémas explicatifs s'intégrant dans des généralisations imprécises. Nous avons en mémoire cette phrase attribuée à Paul Valéry : « *Ce qui est simple est faux, ce qui ne l'est pas est inutilisable.* » Aussi bien en tant qu'humain qu'en tant qu'ostéopathe, nous constatons que les démarches analytiques classiques se sont montrées insuffisantes pour expliquer le réel, la vie, son fonctionnement. Elles permettent tout au plus d'en décrire des parties, de manière plus ou moins précise. En même temps, il semble évident que certains phénomènes sont difficilement décomposables et ne peuvent être décrits sans réductionnisme, et que réduire le Tout à des unités élémentaires n'est pas satisfaisant, surtout pour l'ostéopathe : « *Le Dr Sutherland nous expliquait le concept crânien en partant du point de vue newtonien. Ce qui caractérise le point de vue newtonien sur le monde, c'est que "le tout est la somme des parties". En conséquence, si l'on désire comprendre le tout, il faut commencer par envisager les différentes parties et analyser les différentes pièces qui le constituent. L'idée* [de Sutherland] *est que les caractéristiques de l'ensemble ne sont pas seulement dérivées des propriétés des parties qui le composent, mais de leur interaction et de leur interdépendance mutuelle. Il n'est pas possible de comprendre un objet isolé de son environnement avec lequel il est en état de relation et d'échange mutuels.* » (Fulford, 1979, 3.)

Trouver un autre système

Dans sa préface au livre de Jean-Claude Heudin, Joël de Rosnay pose clairement le problème : « *Un des grands défis du monde moderne, dans les sciences comme dans la conduite des grandes organisations, est la maîtrise de la complexité. Après l'infiniment grand et l'infiniment petit qui fondèrent la science moderne, l'infiniment complexe influence directement nos actions et notre vision du rôle de l'homme dans le monde. Pour comprendre la complexité, la démarche traditionnelle de la pensée s'appuie sur l'analyse. Or séparer, disséquer, isoler pour reconstruire ensuite un ensemble fonctionnel, génère des contraintes et des limitations que l'on constate tout particulièrement dans des disciplines telles que la biologie, l'écologie ou l'économie. C'est pourquoi l'approche analytique, linéaire et séquentielle doit être aujourd'hui complétée par l'approche systémique dans le cadre d'un nouveau paradigme de la pensée. Complémentaire de la démarche analytique, la méthode systémique recombine le tout à partir de ses éléments en tenant compte du jeu de leurs interdépendances et de leur évolution dans le temps.* » (Heudin, 1998, 9.)

L'adoption du *paradigme** de la complexité implique une remise en cause de la causalité linéaire utilisée dans les schémas explicatifs traditionnels. À un enchaînement procédant d'une cause première, et s'appuyant à chaque maillon du raisonnement sur une mono-causalité, nous devons substituer à la fois une multi-causalité et une démarche en boucle où l'effet rétroagit sur la cause. Dans ce type de raisonnement, chaque composante est un maillon indispensable, un moment dans la production de la connaissance qui se génère elle-même, en même temps qu'elle génère l'explication générale : « *Chaque cause est l'effet de son propre effet.* » (Ibn Arabi in Favre, 1994, 465.)

La pensée de la complexité nécessite d'accorder autant d'importance à l'agencement des objets entre eux, aux interactions et aux types de liaisons entre ces objets qu'aux objets eux-mêmes. Le principe de complexité permet d'interpréter le fonctionnement des systèmes dynamiques tels que les organismes, les *groupes** ou le vivant en général. La compréhension du complexe ne peut se faire que par la modélisation. L'objectif ne se résume donc plus à réduire le complexe au simple, mais à traduire le complexe en modèle théorique. « *Le passage des objets aux relations a des implications importantes pour la science dans son ensemble. Gregory Bateson avance même que les relations devraient être utilisées comme base de toute définition, et que cela devrait*

être enseigné à nos enfants dès l'école primaire. Il croit que chaque chose devrait être définie non par ce qu'elle est, en elle-même, mais par ses relations avec d'autres choses. » (Capra, 1990, 71.)

COMPLEXITÉ CHERCHE MODÈLE

Dans *Atlas de notre cerveau*, Charles Hampden Turner montre comment Arthur Koestler envisage la représentation de la complexité et de l'organisation, dans un système appelé *holarchie*, terme forgé par Koestler pour désigner un système de *holons*. Le mot *holon* vient du grec *holos*, qui signifie « le tout » et du suffixe *on*, qui désigne une particule, comme dans proton ou neutron. Un holon constitue donc un tout pour les parties qui se situent en dessous de lui, mais il est une partie pour les ensembles qui se situent au-dessus de lui. « *Comme Janus, le dieu romain gardien des portes, un holon regarde dans deux directions : vers les tous et les parties, la coopération et la compétition, l'altruisme et l'égoïsme, l'intégration et l'assertion. À son tour, la holarchie peut devenir la partie d'une holarchie plus grande, par exemple l'organisme représenté en haut de la carte qui fait partie d'un système social plus grand (indiqué par les traits divergents). La holarchie dont il est question ici ne concerne pas seulement la biologie ; elle pourrait tout aussi bien, représenter une organisation sociale, l'anatomie, la linguistique, ou un domaine de la connaissance. La holarchie est essentiellement un outil conceptuel, et non une fin en soi, mais c'est une clé capable d'ouvrir certaines serrures à combinaison de la nature qui résistent obstinément aux autres méthodes.* » (Hampden Turner, 1990, 164-165.)

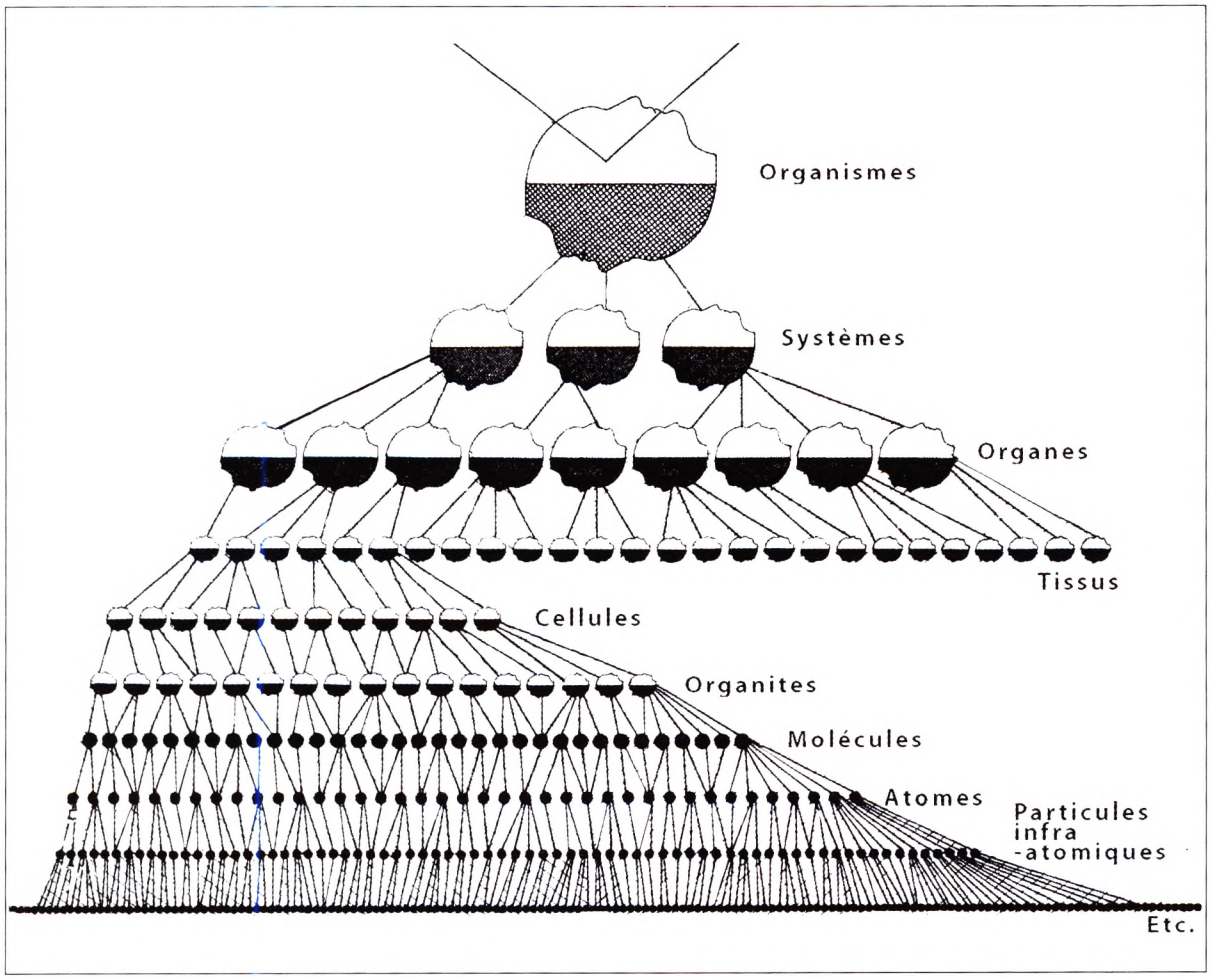


Figure 1. La hiérarchie des holons, selon Arthur Koestler (Hampden Turner, 1990, 164-165).

Dans *L'heure de s'enivrer – L'univers a-t-il un sens*, Hubert Reeves, partant de l'idée que « *la nature est structurée comme un langage* » (Reeves, 1986, 54), propose le modèle de la pyramide pour représenter l'évolution de la matière, du simple (les atomes d'oxygène et d'hydrogène), au complexe hautement organisé.

À la pyramide, nous avons préféré le cône. Il suggère le même phénomène d'accroissement et de complexité, mais ne présente pas d'angles… À ce titre, nous l'avons considéré comme étant la bonne figure pour représenter l'évolution du simple vers le complexe. Nous avons également préféré la considérer à l'envers : le sommet correspondant au début du cycle d'évolution, avec peu d'éléments. Parallèlement à l'écoulement du temps représenté par une ligne partant de la pointe pour aller vers la base, nous assistons à un élargissement progressif de la base, symbolisant la multiplication des éléments aboutissant à la complexité. Le même cône représenté en deux dimensions, nous donnerait soit le triangle, dans lequel la complexité irait croissant de la pointe vers la base, soit le cercle dans lequel la complexité irait croissant du centre vers toutes les directions de la périphérie…

Bien entendu, ce qui a été dit sur les modèles en général s'applique à notre cône en particulier qui n'est qu'une représentation partielle d'un phénomène bien plus difficile à représenter. Il satisfait cependant notre raison et notre perception, nous permettant de plus de nous forger une image et de travailler avec elle.

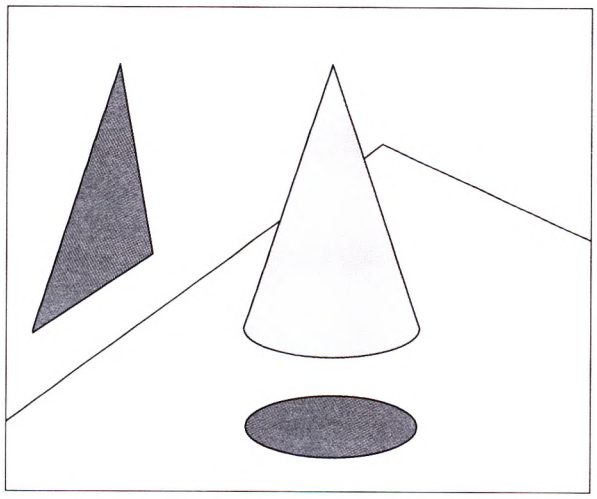


Figure 2. Le modèle du cône et ses projections.

LE SAVOIR A SON CÔNE

Il est possible de considérer un sujet quelconque relié à l'univers physique ou à la vie comme ayant évolué du simple vers le complexe au fur et à mesure du temps qui s'est écoulé de l'origine jusqu'à aujourd'hui. On peut considérer qu'un savoir ou un corps de connaissances est une collection de *données** liées entre elles par des relations qui peuvent nous être connues ou inconnues. Nous définirons une donnée comme un élément unitaire de savoir. Par définition, une donnée est donc un élément simple.

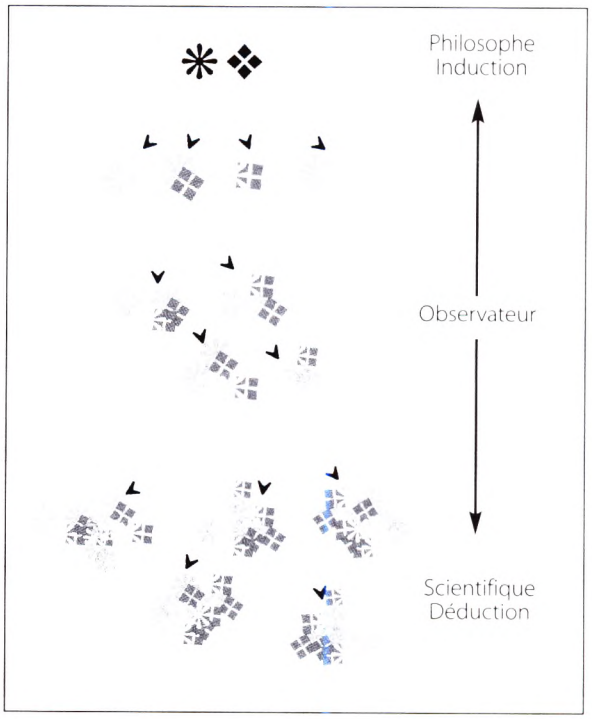


Figure 3. Le cône du savoir.

Imaginons un premier niveau où n'existent que deux données A et B. Échanges et relations entre ces données, associés à l'écoulement du temps, créent un nouveau niveau d'existence, de réalité constitué de données *filles*. À ce nouveau niveau d'existence, les échanges entre les données se poursuivent, desquels naissent d'autres données filles beaucoup plus nombreuses, du fait que les données mères sont également plus nombreuses, etc. Ainsi, en descendant dans la considération de ce corps de connaissance, voyons-nous le nombre de données augmenter de façon exponentielle. Il

est possible de modéliser cela sous la forme d'un cône, que nous appellerons *cône du savoir*, constitué au sommet par très peu d'éléments, desquels découlent une masse de plus en plus importante de données.

Descendre dans le cône : la démarche déductive

Pour étudier ce corps de données, notre système habituel d'étude fondé sur l'observation, la qualification, la quantification nous pousse à toujours descendre dans le cône du savoir concernant un sujet étudié. Cette démarche est qualifiée de *déductive*. Malheureusement, plus nous descendons, plus les données se multiplient et plus il devient difficile de les connaître, de les intégrer, de les comprendre toutes (*comprendre** étant pris dans son sens originel de « prendre avec soi », englober, inclure), d'établir les liens de causalité et de saisir leurs relations mutuelles. Nous allons directement dans le complexe. Il nous devient très vite indispensable de diminuer le nombre de données, ce que nous faisons en limitant le champ d'observation. Ainsi devenons-nous un *spécialiste* c'est-à-dire quelqu'un connaissant beaucoup sur peu de choses. La simplification se fait au détriment de la *cohérence**. En nous référant au langage du cartographe, nous dirons que nous sommes obligés de diminuer l'échelle de la carte.

Descendre dans le cône du savoir représente la démarche habituelle du scientifique. Mais à toujours descendre, il finit par oublier la filiation, les liens de cause à effet unissant les données des différents niveaux. En effet, à un niveau relativement bas dans le cône du savoir, nous devons remarquer que les liens organiques unissant les éléments observables et connus de ce niveau ne sont pas tissés à ce niveau, mais à des niveaux antérieurs, si l'on considère les choses au niveau de la chronologie de création (temps), ou supérieurs si on les considère au niveau de la hiérarchie de création (espace). Ainsi, aux bas niveaux de considération dans le cône de la connaissance, avons-nous perdu la cohérence du sujet étudié pour n'avoir au mieux qu'une compréhension parcellaire, réduite à un niveau spécifique.

Remonter dans le cône : la démarche inductive

Considérons maintenant la manière dont ont procédé les grands chercheurs de l'humanité, ceux qui ont découvert des choses essentielles. Pensons par exemple, à Galilée, à Copernic, à Newton et plus récemment, pour nous ostéopathes, à Still et à Sutherland. Ces chercheurs, partant du niveau de connaissance qui était le leur au moment de leur recherche, ont émis une *hypothèse** : ils ont imaginé des éléments situés plus haut dans le cône de leur savoir, éléments qu'ils supposaient être la cause de ce qu'ils observaient au niveau où ils se situaient. Cette démarche avait pour objectif de leur permettre de comprendre, d'expliquer, les éléments situés à leur niveau de connaissance et d'expérience du moment. Ce faisant, au lieu de descendre dans le cône du savoir, ils sont remontés. Telle fut la démarche d'A. T. Still : « *Je suis seulement remonté plus haut que la médecine vers la Source de toute vie.* » (Still, 1998, 278.) Telle fut également la démarche de W. G. Sutherland par rapport à l'intuition du mouvement crânien : « *Ne vous est-il jamais arrivé d'être obsédé par une pensée ? J'ai maintes fois parlé de la pensée qui m'a taraudé avant même l'obtention de mon diplôme au Collège Américain d'Ostéopathie en 1900. Alors que j'examinais un crâne désarticulé et monté appartenant au Dr Still, le détail des surfaces articulaires de la suture sphéno-squameuse attira mon attention. Je fus frappé par l'idée que cette suture était la manifestation de quelque chose conçu pour le mouvement.* [...] *Non seulement la pensée qui me vint, "biseauté comme les ouïes d'un poisson, indiquant un mécanisme respiratoire", me heurta, mais elle ne me quitta plus. C'est ainsi que j'en vins à entreprendre une étude dans le but de me prouver qu'une mobilité entre les os du crâne est impossible.* » (Wales ed., 1990, 3-4.)

La démarche consiste à prendre un point de vue supérieur et, à partir de ce point de vue, à observer, expérimenter, afin de vérifier s'il offre réellement meilleurs compréhension, contrôle et prédiction des faits sous-jacents. Les vérifications étant positives, l'hypothèse peut s'affirmer. Un nouveau pas vers la compréhension de l'essentiel est ainsi franchi, faisant du même coup monter le niveau de considération vers la source, au lieu de le laisser descendre vers les conséquences. Cela semble correspondre à ce que suggérait Einstein : « *Les problèmes significatifs que nous avons à résoudre ne peuvent pas l'être en restant au même niveau de pensée qui était celui dans lequel ils ont été posés.* » (Conte, 1996, 12.) Ce

que nous confirme Watzlawick : « *Pour exprimer ou expliquer quelque chose, il faut passer d'un niveau logique au niveau supérieur à ce qu'on veut exprimer ou expliquer. On ne peut pas expliquer en restant sur un même niveau.* » (Watzlawick, 1975, 99.)

Dans le modèle du cône, la source, la cause, se trouve au-dessus par rapport à ce que nous percevons aujourd'hui, et n'est pas forcément directement perceptible par les sens : « *Nous raisonnerons sur l'idée que l'homme est une machine possédant forme et force, constituant elle-même ses parties et générant les forces dont elle a l'utilité. À ce moment, nous commençons à nous convaincre que toutes ces forces sont invisibles et que nous n'en discernons que les effets.* » (Still, 1999, 62.)

Cette démarche est appelée *inductive*. Elle est fondée sur l'intuition qui permet la formulation de l'hypothèse. Il s'agit d'une *abstraction*. Mais, contrairement à la démarche déductive qui est *objective*, parce qu'elle privilégie la perception directe, l'observation, la qualification et la quantification, la démarche inductive est de nature *subjective*, parce qu'elle repose sur l'intuition dont nous savons qu'elle appartient au monde non matériel.

L'induction est tout à fait dans l'esprit ostéopathique. Elle s'oriente résolument vers la recherche de la cause : « *La cause est antérieure à l'effet et elle est absolue dans toute altération des conditions normales.* » (Still, 1999, 37.)

La démarche inductive présente plusieurs caractéristiques intéressantes :

- Elle est simplificatrice : en remontant dans le cône de connaissance, le nombre de données à connaître diminue, ce qui les rend plus faciles à comprendre (inclure – prendre avec).
- Elle est englobante : plus on regarde de haut, moins on voit de détails, mais plus on englobe de choses. Le point de vue permet de bien mieux saisir la globalité et de *discerner** plus facilement les relations entre les éléments. Le cartographe dirait qu'il augmente l'échelle de sa carte. La simplification se fait ici au détriment de la précision.
- Elle apporte une meilleure efficacité : les données du haut du cône sont plus causales que celles du bas. Plus nous agissons sur des éléments hauts situés dans le cône, plus nous sommes efficaces vers le bas, sans pour autant déployer d'efforts importants, ni forcément connaître tout ce qui se passe en aval, ni le détail des processus mis en œuvre. Le concept d'auto-guérison dont nous parle souvent Still, semble très proche de cette idée : « *Enlevez tous les obstacles et lorsque cela est fait intelligemment, la nature fera gentiment le reste.* » (Still, 1998, 300.)

À cause même de notre système de perception et de transmission de l'information, notre connaissance est toujours fragmentaire. C'est un fait. Alors, pour gérer ce qui est inéluctable, nous sommes conduits à rechercher les éléments essentiels d'un corps de connaissance, négligeant l'accessoire. Ce point est important : il nous permet d'accepter l'idée qu'il n'est pas nécessaire de tout connaître d'un savoir pour l'utiliser efficacement : « *Parmi ceux qui ont réussi, nombreux sont ceux qui ne croient pas avoir besoin de tout savoir sur une chose pour s'en servir. Il se contentent d'utiliser ce qui est essentiel sans se sentir obligés de s'intéresser à tous les détails. Si vous observez les gens qui sont au pouvoir, vous vous apercevrez qu'ils ont une connaissance opérationnelle de beaucoup de choses mais que souvent ils ne maîtrisent pas les détails de leur entreprise.* » (Robbins, 1989, 89.)

Deux démarches complémentaires

Bien que possédant chacune son utilité et sa nécessité, induction et déduction semblent deux démarches mutuellement exclusives. Apparemment opposées, elles constituent un *couple**. Elles sont complémentaires, la démarche inductive étant indispensable pour remonter dans le cône du savoir et créer l'hypothèse, la démarche déductive pour vérifier sa validité. Mais, les causes étant toujours à des niveaux supérieurs dans le cône de création, il est indispensable de remonter pour découvrir les sources de ce que nous observons aujourd'hui. « *L'hypothèse… outil fondamental du travail scientifique. Elle repose entièrement sur une des qualités les plus extraordinaires de l'esprit humain, l'imagination. Sans hypothèses, il n'y aurait pas de science. Ce n'est pas une méthode, car elle ne peut se transmettre. C'est la résultante d'un don individuel qui ne se différencie pas spécifiquement du génie littéraire ou philosophique.* » (Lecomte du Noüy, 1939, 81.)

La démarche inductive est celle du philosophe, elle est essentiellement spéculative, génératrice d'hypothèses. Elle est orientée vers le *pourquoi*. La démarche déductive est celle du scientifique, essentielle-

ment pratique, expérimentale, à la recherche des objectivations. Elle est orientée vers le *comment*.

Selon notre nature et notre inclination, nous pouvons être tentés de nous orienter davantage vers l'induction ou vers la déduction. Le philosophe, le spiritualiste peut trouver confort et refuge dans la pure spéculation et oublier, ou refuser, de conserver le contact au réel. La spéculation pour la spéculation sans application pratique a détourné plus d'un étudiant de la philosophie. La personne essentiellement pratique peut refuser l'abstraction parce qu'elle s'y sent mal à l'aise et s'accroche au concret, à ce qu'elle peut voir, toucher, sentir : « *Nous savons aujourd'hui que la rationalisation guette la pensée humaine parce qu'elle répond à un besoin naturel de sécurité émotive et de systématisation du réel afin de satisfaire l'angoisse humaine et d'assurer une certaine quiétude d'esprit.* » (Deshaies, 1992, 94.)

Tous deux se trompent parce que ces deux démarches ne sauraient s'exclure l'une l'autre. C'est la complémentarité qui les fait fonctionner. Mais nous avons du mal à les intégrer harmonieusement. De plus, la civilisation occidentale privilégie outrageusement la démarche déductive, qui tend à reléguer l'imagination, source d'induction, au second plan.

Nous commettons souvent l'erreur de dissocier ces deux démarches, au lieu de les associer. Le génie de Still fut d'être à la fois un philosophe et un scientifique (tel qu'on pouvait l'être à son époque). Il fut spéculateur, créateur d'hypothèses, se reliant à une source non matérielle qu'il nomma Dieu[3] : « *Le Divin, le plus grand de tous les créateurs, a conçu ce majestueux univers avec une telle exactitude, une telle beauté et une telle harmonie, qu'aucune ingéniosité mécanique humaine ne peut égaler celle de cette première grande création.* » (Still, 1998, 263.) Mais il fut également homme pratique, d'expérimentation, ne retenant des hypothèses émises par sa spéculation que celles qui – compte tenu des moyens de son époque –, conduisaient à des résultats tangibles et vérifiables : « *La démonstration procure le fait qui sous-tend l'assertion, elle est la preuve de sa véracité. Donnez-moi ce que vous voulez, mais pas de théorie que vous ne puissiez démontrer.* » (Still, 1998, 357.) Les deux se doivent donc d'être présents pour que l'ensemble soit équilibré et fonctionnel.

ABSTRACTION ET CÔNE

La remontée dans le cône est également une abstraction. À chaque niveau de remontée, le point de vue donc la vision changent. Virtuellement, il existe une infinité de niveaux de représentation au sein du cône.

Mélanges de niveaux

Une des plus grandes difficultés dans les relations humaines provient de la croyance *implicite* que nous occupons le même niveau d'abstraction que notre interlocuteur lorsque nous échangeons ensemble sur une chose ou une préoccupation communes, alors que la plupart du temps, ce n'est pas le cas. Prenons un exemple ostéopathique. Dans *Teachings in the Science of Osteopathy*, Sutherland évoque le liquide céphalo-rachidien en ces termes : « *Dans ce liquide céphalo-rachidien, existe un élément invisible que j'appelle le "Souffle de la Vie".* » (Wales ed., 1990, 13-14.) Cette affirmation se situe à un niveau d'abstraction très différent de celui du physiologiste qui, à partir de sa connaissance expérimentale du liquide céphalo-rachidien, ne peut accepter une telle conclusion. Les niveaux d'abstraction n'étant pas respectivement précisés, l'incompréhension est inévitable.

Paul Watzlawick exprime ce genre de difficulté par une analogie : dans une automobile à changement de vitesse ordinaire, « *on peut modifier le régime du moteur de deux façons différentes : soit au moyen de l'accélérateur (en augmentant ou diminuant l'arrivée d'essence dans les cylindres), soit en changeant de vitesse. En poussant l'analogie à l'extrême, nous dirions que pour chaque vitesse la voiture a un certain registre de "comportements" (c'est-à-dire de production de force donc de vitesse, d'accélération, de démarrage, etc.). À l'intérieur de ce registre (c'est-à-dire de cette classe de comportements), une utilisation appropriée de l'accélérateur produira la modification souhaitée dans le rendement du moteur. Mais si le rendement voulu se situe à l'extérieur de ce registre, le conducteur devra changer de vitesse pour obtenir la modification recherchée. Changer de vitesse constitue donc un phénomène appartenant à un type logique plus élevé que*

3. Le concept stillien de Dieu est relativement éloigné de notre concept religieux traditionnel. Le Dieu de Still est plus proche du New Age que des religions judéo-chrétiennes. Still lui substitue souvent le terme de Grand Architecte, ce qui le rapproche plus du concept maçonnique que du concept religieux que nous connaissons.

l'acte d'accélérer, et il serait manifestement absurde de parler de la mécanique des pignons complexes dans les termes de la thermodynamique d'arrivée d'essence » (Watzlawick, 1975, 27).

Passage par la perception

Une autre difficulté que rencontrent tous ceux qui travaillent beaucoup avec la perception (et les ostéopathes en font partie !), c'est l'interprétation de ce qui est perçu. Nous avons naturellement tendance à penser que ce que nous percevons est ce qui est. Notre expérience en la matière nous impose beaucoup de prudence : ce que je perçois est ce que je perçois, mais cela ne m'autorise pas à prétendre que cela *est*.

De plus, maintenant que la chose est perçue, il faut lui trouver une explication. On recourt en général pour cela à des éléments déjà connus par ailleurs. On tente la plupart du temps d'expliquer ce qui est perçu à un certain niveau d'abstraction en utilisant des éléments de niveaux différents (supérieurs ou inférieurs), ce qui conduit souvent à un mélange non explicite de niveaux d'abstraction, source potentielle de difficultés de communication.

Enfin, la recherche d'explication conduit à formuler des hypothèses (induction), ce qui est tout à fait légitime. Mais avec le temps et l'expérimentation journellement répétée, l'hypothèse se renforce et peut aller jusqu'à se figer en certitude, puis en dogme. On en vient à considérer l'hypothèse comme fait acquis alors qu'elle n'a jamais été scientifiquement vérifiée. Le plus grave survient lorsque ces certitudes non prouvées sont enseignées sans préciser qu'il s'agit d'hypothèses…

Le novateur

Enfin, dans la non-reconnaissance des différences de niveaux d'abstraction se trouve peut-être une des raisons pour lesquelles la plupart des novateurs sont incompris et souvent combattus : la démarche inductive conduit la personne qui la suit à remonter dans le cône, ce qui lui fait donc occuper un niveau d'abstraction ou de réalité différent par rapport à ses congénères.

Une personne plus haut située dans le cône par rapport à l'objet observé peut comprendre (inclure) les niveaux inférieurs du cône, mais celle qui est située à un niveau inférieur ne peut totalement comprendre ce que comprend l'autre sans modifier son point de vue. Elle ne peut comprendre que ce que son niveau d'observation lui permet d'inclure. Pour réellement comprendre l'autre, il faut pouvoir et accepter de changer de niveau dans le cône.

On ne saurait prétendre que l'un ou l'autre de ces niveaux d'abstraction est plus *vrai* que l'autre. Leur vérité n'est pas *absolue* mais *relative*, au point de vue occupé et à celui qui observe. Mais quel que soit ce point de vue, il s'agit toujours d'une vue partielle des choses. La difficulté vient essentiellement de la non-conscience de ces phénomènes, pas des phénomènes eux-mêmes. « *Quand un chercheur s'efforce d'étudier des questions aussi complexes que les relations humaines, il divise à sa convenance l'univers en segments assez petits pour que, dans le cadre d'une telle subdivision, les événements qui surviennent puissent être observés et enregistrés d'une façon satisfaisante.* […] *On peut comparer sa position à celle d'un visiteur de musée qui ne parvient jamais à voir en même temps la face et le dos d'une statue ; placé derrière la statue, par exemple, il ne sera pas capable de prévoir l'expression du visage jusqu'à ce qu'il l'ait vue de face. Pour obtenir une impression complète, il lui faut tourner autour de la statue et, tandis qu'il se déplace, une nouvelle perspective s'ouvrira à chaque pas, jusqu'à ce que la combinaison de toutes les impressions mette ce visiteur en état de construire en lui-même un modèle réduit du personnage en marbre. Les choses se compliquent si l'on considère que tous les visiteurs ne vont pas au musée avec les mêmes intentions. Certains ne cherchent qu'à remporter une impression superficielle des trésors qui s'y trouvent ; d'autres veulent entreprendre des études détaillées pour se préparer à une carrière artistique ; certains veulent rencontrer des gens qui partagent les mêmes intérêts. Ainsi, selon ses intentions, chacune des personnes rassemblées autour de la statue pourrait retenir une image différente du modèle en marbre.* » (Bateson, 1988, 39.)

Peut-être y a-t-il également là des éléments clés permettant de comprendre pourquoi le concept crânien a tant de mal à être accepté. Pour le scientifique presque uniquement tourné vers le concret, l'observable, le mesurable, l'évocation de la mobilité crânienne est une affabulation. Lui qui *ne croit que ce qu'il voit* n'accède pas à cette réalité. L'ostéopathe crânien qui *sent* le mouvement est pourtant bien persuadé de sa réalité : « *Puisque je vous dis que je le*

sens ! » Chacun évolue et évalue les choses à des niveaux de réalité différents. Le comprendre et l'appliquer permettrait plus de sérénité. Il importerait de permettre à celui qui ne perçoit pas l'impulsion rythmique tissulaire ou le mouvement crânien d'accéder à ce niveau de réalité, ce qui n'est pas forcément chose facile. Nous traiterons cette question dans la partie consacrée à la palpation.

La réalité ? Question de point de vue !

La vie présente une infinité d'éléments à observer qui sont, de plus, en mouvement permanent. Faisant nous-mêmes partie du jeu, nous sommes en mouvement avec lui. L'abstraction nous sort virtuellement du jeu pour nous rendre observateur. Le point de vue est l'outil que nous utilisons inconsciemment pour nous abstraire. Un point de vue, c'est un point à partir duquel nous observons, c'est un point d'appui, un fulcrum diront les ostéopathes, à partir duquel nous pouvons reconnaître, établir, maintenir des relations entre nous et les éléments que nous observons et entre les éléments eux-mêmes. En nous offrant un point stable par rapport à ce qui bouge, le point de vue nous permet de réduire la confusion apparente. « *Dans le plat pays de Camargue, il suffit de monter sur un tabouret pour changer le paysage et voir jusqu'à la mer* [...]. *Par le simple changement d'attitude de l'observateur, l'être observé change de forme.* » (Cyrulnik, 1997, 16.)

Il existe une infinité potentielle de points de vue, chacun ayant sa validé inhérente. Malheureusement, à force d'utiliser l'abstraction, nous finissons par penser que c'est la réalité et que ce que nous observons nous est extérieur et possède une vie indépendante de la nôtre. Ainsi, pensons-nous que l'univers physique est objet, totalement indépendant de nous, ce que la physique quantique nous amène aujourd'hui à mettre en doute, ce que les philosophies orientales nous répètent depuis des siècles... C'est sur ce consensus – car il s'agit bien de cela – que se fondent depuis des millénaires les sciences et l'étude scientifique. Mais nous savons maintenant qu'il nous faut modifier cette conscience et tenir compte du fait que l'observateur et l'observé ne sont pas étrangers l'un à l'autre, ni indépendants l'un de l'autre. Souvenons-nous de ces mots de Paul Watzlawick : « *Très fréquemment,* [...] *on fait une confusion entre deux aspects différents de ce que nous appelons la réalité. Le premier a trait aux propriétés purement physiques, objectivement sensibles des choses, et est intiment lié à une perception sensorielle correcte, au sens "commun" ou à une vérification objective, répétable et scientifique. Le second concerne l'attribution d'une signification et d'une valeur à ces choses, et il se fonde sur la communication.* » (Watzlawick, 1978, 65.) La première réalité est consécutive au système sensoriel que nous utilisons tous en commun : le corps ; et la seconde à l'interprétation que nous faisons de ce que nous avons perçu.

LES COUPLES

À propos d'induction et de déduction, nous avons évoqué le concept de couple. Un couple est consti-

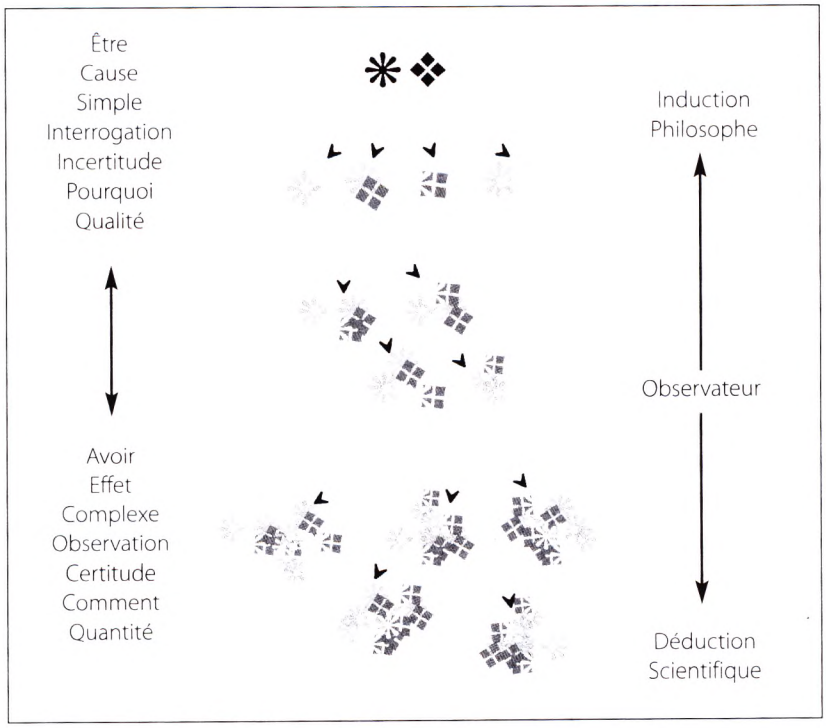


Figure 4. Quelques couples.

tué d'opposés apparents mais ne peut fonctionner que dans l'échange et la collaboration. Le concept de cône peut nous permettre d'évoquer quelques couples intéressants.

Quelques couples célèbres

Cause/effet : Si nous prenons l'hypothèse que le cône représente un phénomène évolutif partant du simple pour aller vers le complexe, nous pouvons déduire qu'au sommet se trouve la cause qui a donné existence à ce que nous observons, et vers le bas l'effet, résultant des transformations induites par la cause. Ce couple s'apparente à un autre couple célèbre : **être/ avoir**.

Le couple **simplicité/complexité** a déjà largement été développé. Il s'associe au couple **qualité/quantité**.

Le couple **pourquoi/comment** s'associe au couple **philosophe/scientifique** : la quête du philosophe est orientée vers le *pourquoi*, celle du scientifique vers le *comment*.

De nombreux autres couples peuvent s'envisager : rêve/réalité, abstrait/concret, éthérique/solide dont nous parle Still : « *Nous voyons la forme de chaque univers et appelons l'union de leur action vie biogénique. Tous les corps matériels ont une vie terrestre et tout espace a une vie, éthérique ou spirituelle. Réunis, les deux constituent l'homme. La vie terrestre possède mouvement et puissance ; les corps célestes possèdent connaissance et sagesse.* » (Still, 1902, 254.)

Gérer les couples

Le concept de couple se rapporte à celui d'opposés issus de la logique d'Aristote (384-322 av. J.-C.) née du *syllogisme** et considérée comme fondement essentiel de la pensée occidentale. Cette logique s'appuie sur la considération d'opposés, A et non-A, entre lesquels n'existerait aucun intermédiaire. Si cette logique peut heureusement s'appliquer à la mathématique pure, elle ne peut être utilisée sans inconvénients majeurs dans les choses de la vie, ce qui se fait pourtant depuis des millénaires. Elle conduit à la conception d'un modèle d'univers de nature *binaire**, uniquement constitué d'opposés. Comme nous projetons ce que nous concevons, ou que nous interprétons ce que nous percevons à la lumière de nos modèles conscients et inconscients, nous tentons de vivre la vie en projetant ce modèle par trop approximatif, ce qui génère de nombreuses difficultés dans nos relations. S'il est vrai qu'au cinéma, il est plus facile de discerner le bon (il porte un chapeau blanc), du mauvais (il porte un chapeau noir), les choses semblent moins simples dans la vie courante…

Korzybski a résolument envisagé les conditions psychologiques et même physiologiques d'une logique nuancée, non aristotélicienne : « *Pour celui qui vit la sémantique générale, toutes les pensées sont nuancées ; il échappe à la dictature du vrai/faux, blanc/noir, thèse/antithèse qui sont comme les deux faces d'une même médaille enfermant le raisonnement dans les aspects contradictoires d'une même réalité, alors que notre problématique se situe dans la recherche d'une démarche créative.* » (Saucet, 1996, 14.)

Edgar Morin nous propose la pensée *dialogique** qui « *unit deux principes ou notions antagonistes, qui apparemment devraient se repousser l'une l'autre, mais qui sont indissociables et indispensables pour comprendre une même réalité. Le physicien Niels Bohr a par exemple reconnu la nécessité de penser les particules physiques à la fois comme corpuscules et comme ondes. Comme le dit Pascal, le contraire d'une vérité n'est pas l'erreur, mais une vérité contraire. N. Bohr le traduit à sa façon : "le contraire d'une vérité triviale est une erreur stupide mais le contraire d'une vérité profonde est toujours une autre vérité profonde". Le problème est donc d'unir des notions antagonistes pour penser les processus organisateurs, productifs et créateurs dans le monde complexe de la vie et de l'histoire humaine.* » (Morin, 1999, 254).

L'utilisation du préfixe *non-* pourrait nous amener à conclure qu'il y a opposition entre la démarche ou logique aristotélicienne et la démarche non aristotélicienne. « *De fait, il n'y a pas opposition mais dépas-*

Figure 5. Le symbole du Tao.

sement et englobement : *la démarche aristotélicienne devient dès lors un cas particulier de la démarche non aristotélicienne.* » (Bulla de Villaret, 1992, 105.) La logique aristotélicienne ou binaire est évidemment très simple, donc facile à utiliser : elle offre notamment la particularité de créer deux pôles conceptuels opposés fixes, séparés par une tension constante, ce qui permet une circulation énergétique stable et puissante entre les deux, avec tous les avantages (et les inconvénients) associés. Mais elle n'est qu'un cas particulier d'une logique plus vaste, se fondant sur l'existence d'une multitude d'états intermédiaires possibles entre A et non-A correspondant beaucoup mieux à la complexité et aux imprécisions inhérentes à la vie. Ainsi, au sein d'un couple, quelle que soit la qualité vers laquelle nous tendions, l'autre qualité est toujours présente. Ce que nous enseigne depuis bien longtemps déjà le symbole du tao.

Si nous avons du mal à intégrer les opposés, la nature et la vie y parviennent pourtant très bien. Un des systèmes le plus utilisés est l'alternance : « *Dans alternance, il y a le mot "alter", l'autre. Pour que le moi existe, il faut un toi. Sans Toi, il n'y a pas de Moi.* » (Pezé, 1993, 32.) Les exemples d'alternance dans la nature et les organismes vivants sont trop nombreux et trop évidents à l'observateur attentif pour que nous nous y arrêtions davantage.

Qu'allons-nous faire maintenant ?

Nous allons commencer par *broyer du modèle*. Cette manière d'exprimer les choses pourrait nous laisser penser que notre intention est destructrice, or il n'en est rien. Notre intention est analytique : réduire les modèles existant pour en isoler les éléments qu'ils étaient chargés de rendre cohérents à notre entendement. Ces éléments nous serviront ensuite de matériaux pour élaborer de nouveaux modèles plus satisfaisants à notre raison. Nous mettons ainsi en œuvre un nouveau couple : déstructuration/restructuration.

Nous allons analyser les grands modèles explicites et implicites qu'ont utilisés Still, Sutherland, Littlejohn. Ces modèles se fondaient sur des observations concernant la vie et le vivant qui demeurent aujourd'hui valides : la vie et l'organisation du vivant n'ont pas changé dans leur essence depuis un siècle.

> « *Le monde que décrit la science n'est qu'une métaphore de l'inaccessible réalité. Tous les termes employés pour la décrire sont des inventions humaines, lentement élaborées, et dont le seul avantage est de nous permettre d'expliquer grâce à quelques formules algébriques les événements dont nous sommes les témoins.* [...] *En fait, nous construisons dans notre imaginaire un modèle du monde réel plus éloigné encore de celui-ci qu'un "modèle d'avion" en balsa et en papier ne l'est d'un Boeing 747.* »
>
> (Deshaies, 1992, xv.)

3 MAÎTRES ET MODÈLES

« Dieu n'est jamais qu'un pseudonyme. »
Henri Guillemin in Favre, *Dictionnaire des idées non reçues*, p. 227.

La traduction des textes de Still, Trowbridge, Sutherland, Littlejohn, Becker, etc., m'a permis de pénétrer plus profondément leurs univers que ne l'aurait fait la simple lecture de leurs textes. Au traducteur, le survol est interdit. Il doit comprendre vraiment l'essence de ce qu'exprime l'auteur pour pouvoir le retranscrire dans un autre langage, avec le moins de distorsion possible. Au contact de ces auteurs, j'ai pu saisir de manière plus précise comment ils comprenaient la vie, le vivant et l'ostéopathie, et la manière dont ils ont tenté de les modéliser pour les transmettre. Ils ont observé, réfléchi, agi avec la conscience de leur temps, utilisant les modèles implicites transmis par leur éducation et la conscience collective de leur époque et de leur lieu d'existence.

Il nous incombe aujourd'hui de *démonter* ces systèmes d'expression, ces modélisations afin de retrouver l'essentiel de ce qu'ils ont observé et désiraient nous transmettre, et de pouvoir les reformuler et les utiliser d'une manière plus satisfaisante à notre conscience d'aujourd'hui.

Notons tout d'abord que Still concevait implicitement la notion de modèle : *« Pour un ostéopathe, le mot* principe *signifie un plan et des caractéristiques parfaits pour construire une maison, un mécanisme, un homme, un monde ou n'importe quoi ayant un objet ou un dessein. Pour comprendre ce mécanisme de vie – ou homme – si élaboré, et toutes les possibilités pour lesquelles il fut conçu, il est nécessaire de conserver constamment à l'esprit le plan et les caractéristiques afin qu'il n'y ait pas de lacune dans la connaissance des relations et de l'utilisation de toutes les parties. »* (Still, 1999, 24.) Cette citation nous permet de saisir qu'il discernait dans la vie et le vivant une cohérence qu'il désira découvrir, respecter et tenta de modéliser.

LES MODÈLES STILLIENS

Tous les textes de Still sont parsemés d'allusion directes ou indirectes à des modèles sur lesquels reposent sa conception de la vie et du vivant. Carol Trowbridge apporte également beaucoup d'éléments permettant de comprendre son cheminement, son évolution personnelle, les conflits intérieurs qui en ont résulté, et la manière dont il a tenté de les résoudre.

Pour comprendre Still, il est vraiment essentiel de garder présent à l'esprit qu'il a toute sa vie évolué sur le modèle de base proposé par le méthodisme, doctrine évangélique protestante fondée en Angleterre, au début du XVIIIe siècle par John et Charles Wesley[1]. Le père de Still étant pasteur

1. John Wesley (1703-1791) : Réformateur religieux anglais fondateur du méthodisme. Prêtre anglican, il fonda avec son frère Charles un petit cercle d'étudiants pieux pratiquant la lecture régulière de la Bible et d'autres livres religieux, et visitant pauvres et malades. C'est par dérision vis-à-vis de leur stricte observance du rituel qu'ils reçurent le sobriquet de « Méthodistes ».
En 1735, John et Charles Wesley, ordonnés prêtres anglicans, partent aux États-Unis évangéliser les Indiens de Géorgie. Ils y rencontrent des personnes de la communauté morave. De retour à Londres, John fréquente la communauté morave ; sous l'influence de leur chef Böhler, il estime faire « l'expérience du Salut ». Le 24 mai 1738, lors d'une « réunion fervente » –, il a l'intime conviction que ses péchés lui sont remis et « sent son cœur s'échauffer étrangement ». Cette sorte de conversion brusque qui consiste en un changement intérieur soudain et non en un

méthodiste, son enfance et sa jeunesse furent baignées des valeurs de cette doctrine, notamment, une grande exigence et une grande rigueur personnelles. « *Bien qu'Andrew se soit ultérieurement détaché de la religion organisée, il hérita du méthodisme une aversion pour l'alcool et l'esclavage, un intérêt pour l'éducation et une approche de la médecine privilégiant davantage la santé que la maladie.* » (Trowbridge, 1999, 3.) Dans cette foi, il puise également une certitude inaltérable en notre essence spirituelle et la possibilité d'une amélioration continue. Ainsi, Still, homme du XIXe siècle, a toute sa vie évolué sur le modèle implicite du XVIIIe siècle.

Un modèle biblique

En observant la nature, la vie et le vivant, les humains ont toujours constaté une cohérence, un ordre implicite dont la magnitude, la perfection ne pouvaient s'expliquer qu'en recourant à un *super créateur* : « *De tous temps, les hommes se sont préoccupés "d'expliquer" l'origine des plantes, des animaux, de l'homme. La première solution à ce problème, la plus simple, la plus directe, fut la création par un Dieu tout-puissant. On la retrouve dans toutes les religions, avec des variations diverses.* » (Lecomte du Noüy, 1939, 183.) Comme tous les mouvements spirituels prédarwiniens, le modèle méthodiste est un modèle biblique, expliquant la création comme l'œuvre d'un Dieu omniscient, omnipotent, omniprésent. Ce concept imprègne la philosophie de Still : « *Toute ma vie jusqu'à ce jour, j'ai osé proclamer mes conclusions sur la sagesse de la nature, mécanicien très sage et très avisé. J'ai dit que "Dieu" était sage jusqu'au bout, en discernant que tout l'œuvre réalisé par cette loi de puissance et de sagesse était absolument parfait dans toutes ses caractéristiques. Dans la vie végétale, aucune faculté humaine ne peut détecter la moindre erreur ni même suggérer l'addition d'une feuille, d'une branche ou d'un fruit. J'ai longuement étudié la minéralogie et découvert que, du noir silurien au pur cristal transparent, chaque pierre ou roche se trouve dans une division de la vie qui lui est propre et aucune autre pierre ne peut apparaître dans cette livrée. J'ai compris qu'un diamant ne peut pas être un rubis, ni un chêne, une oie ou une chèvre.* » (Still, 1999, 83-84.)

Des créatures parfaites par essence

Partant du principe que le créateur est parfait, ses créations ne peuvent qu'être parfaites par essence. Cela entraîne aux yeux de Still plusieurs conséquences essentielles. La première est que nous ne saurions les améliorer, la seconde est que ces créations manifestent leur perfection et qu'il nous suffit de les étudier et de les observer pour la découvrir, ainsi que les lois qui les régissent. La troisième enfin, c'est qu'une fois ces lois découvertes, il nous incombe de nous y conformer : « *Soit Dieu est Dieu, soit il n'est pas. L'ostéopathie est la loi de Dieu, et quiconque pouvant améliorer la loi de Dieu serait supérieur à Dieu lui-même. L'ostéopathie vous ouvre les yeux pour voir, et voir clairement; sa pratique recouvre tous les aspects de la maladie et c'est la loi qui maintient la vie en mouvement.* » (Still, 1998, 204.)

Cette compréhension, radicalement différente de celle du médecin allopathe, me paraît capitale. Cette philosophie est à rapprocher de ce que j'évoquais en disant que nous projetons nos modèles dans notre vie : « *Rappelez-vous ceci : un cheval qui cherche sans cesse les imperfections ne trouve jamais une route unie.* » (Still, 1999, 203.) Elle conditionne l'attitude du praticien dont le seul rôle consiste à comprendre comment fonctionne le système, à détecter les anomalies, à les corriger et à laisser faire la nature : « *Le devoir du praticien n'est pas de guérir le malade mais d'ajuster une partie ou l'ensemble du système afin que les fleuves de la vie puissent s'écouler et irriguer les champs assoiffés.* » (Still, 1998, 184.) Still rejoint ici Molière qui dans *le Malade imaginaire* fustige le système médical de son temps : « *La nature d'elle-même, quand nous la laissons faire, se tire doucement du désordre où elle est tombée. C'est notre inquiétude, c'est notre impatience qui gâte tout et presque tous*

suite note 1. passage de l'incrédulité à la foi, ou d'une religion à une autre, deviendra une caractéristique du méthodisme et d'autres mouvements du « Réveil ». Le méthodisme invite à un retour aux sources de la réforme.

En 1739, à Kingswood, près de Bristol, le collaborateur de Wesley, George Whitefield (1714-1770), a l'idée novatrice de prêcher du haut d'un terril devant deux cents mineurs. Les jours suivants, l'auditoire atteint plusieurs milliers de personnes appartenant toutes aux classes populaires. Ainsi commence une des activités essentielles des méthodistes : la prédication.

La doctrine méthodiste affirme la liberté humaine (s'opposant en cela à la doctrine calviniste de la prédestination), la sanctification subite et la conviction intérieure comme signe suffisant du salut. La doctrine privilégie l'expérience personnelle de la conversion, de l'engagement et de la sanctification. Elle se caractérise par une quête incessante vers la perfection et par un intérêt actif pour le bien-être social et la moralité publique. Le méthodisme se répandra en Europe (Angleterre et France) et surtout aux États-Unis où il sera longtemps la religion la plus importante du pays.

les hommes meurent de leurs remèdes et non de leurs maladies. »

Un homme tiraillé

Au cours de sa vie, Still dut affronter beaucoup de souffrances, notamment la perte de quatre de ses enfants lors d'une épidémie de méningite cérébro-spinale. Cette épreuve, s'ajoutant à un questionnement déjà émergeant, l'amena à mettre radicalement en cause l'approche médicale classique, mais le mit également en porte à faux par rapport à ce qu'il estimait la sagesse divine. Un Dieu parfait pouvait-il cautionner de telles souffrances ? « *C'est lorsque je me tenais là, regardant fixement trois membres de ma famille – deux de mes propres enfants et un enfant que nous avions adopté –, tous morts de la méningite cérébro-spinale que je me posai les sérieuses questions : "Avec la maladie Dieu a-t-il abandonné l'homme dans un monde d'incertitude ? L'incertitude, qu'est-ce que c'est ? Que donner et pour quel résultat ? Et une fois mort, savons-nous où il va ?" Je décidai alors que Dieu n'était pas un Dieu d'incertitude, mais un Dieu de vérité. Et toutes Ses œuvres, spirituelles et matérielles, sont harmonieuses. Sa loi de vie animale est absolue. Un Dieu si avisé a certainement placé le remède au sein même de la demeure matérielle dans laquelle habite l'esprit de vie.* » (Still, 1998, 76.) Nous avons là un choix délibéré de modèle (la perfection potentielle de la création) qu'il conservera toute sa vie.

Spencer et l'évolutionnisme

À partir de cette épreuve, Still deviendra un chercheur incessant. Je ne m'étendrai pas sur son histoire, largement racontée dans son *Autobiographie* et dans *Naissance de l'ostéopathie* de Carol Trowbridge, mais je ne peux passer sous silence sa rencontre avec la philosophie d'Herbert Spencer qui lui permit de formuler l'ostéopathie et de la concevoir comme une cohérence à part entière : « *C'est Spencer qui inventa le terme évolution, qui popularisa les concepts de cause et d'effet, de structure et fonction, de fonctionnement holistique de l'organisme dans lequel chaque partie est reliée au tout. Pour intégrer tout savoir dans la structure de l'évolution, il incorpora le perfectionnisme et le progrès au concept darwinien de l'évolution, le rendant du même coup plus assimilable.* » (Trowbridge, 1999, 117.)

L'influence de la pensée de Spencer le fera passer de la conception pré-évolutionniste de l'univers (modèle biblique) à une conception évolutionniste. Ce qu'il a compris de l'évolutionnisme de Darwin et de Spencer a sans doute fait évoluer sa conception de Dieu et du divin. Mais comme il continue d'utiliser le mot *Dieu*, il est très difficile de déterminer les variations qui ont pu se produire au fur à mesure de son évolution personnelle et des différentes influences reçues. Il n'abandonnera cependant jamais la conception d'un univers créé parfait par un Dieu omniscient : « *Je veux vous dire que je vénère un Dieu respectable, intelligent et mathématique. Il sait tout ce qui sur la terre va trop vite ou non. Il n'utilise pas nos journaux pour publier qu'il a préféré accélérer la terre un petit peu afin de laisser passer cette comète. Aucun de ses mondes ne désobéit, ne se saoule, ni ne perd la tête. Je fais cette affirmation à partir de ma confiance en l'absolu pouvoir mathématique de l'Architecte Universel. J'ai la même confiance en Son exactitude et en Son aptitude à créer, armer et équiper la machine humaine pour qu'elle puisse fonctionner du berceau à la tombe. Il l'a armée et équipée de tout ce qui est nécessaire pour le voyage d'une vie entière, de l'enfant au septuagénaire.* » (Still, 1998, 208.)

Autres points clés du modèle stillien

L'unité de l'organisme – la globalité. « *Nous considérons le corps en parfaite santé ce qui signifie perfection et harmonie, non pas au sein d'une partie mais dans le corps entier. Jusque là, nous sommes seulement emplis d'amour, d'émerveillement et d'admiration* » (Still, 1999, 40.) La globalité est évidemment un point clé que tous les ostéopathes connaissent, mais il est également un des principes fondamentaux les plus difficiles à respecter, notamment dès que l'on s'engage dans l'étude à prétention scientifique dont la principale caractéristique est de morceler pour étudier. Savoir allier ces deux aspects si contradictoires, c'est le génie de l'ostéopathe accompli.

La relation mutuelle de la structure et de la fonction. « *L'ostéopathie se fonde sur la perfection de l'ouvrage de la Nature. Lorsque toutes les parties du corps humain sont en ligne, nous avons la santé. Lorsque ce n'est pas le cas, l'effet résultant est la maladie. Lorsque les pièces sont réajustées, la maladie fait place à la santé. Le travail de l'ostéopathe consiste à ajuster le corps de l'anormal vers le normal ; alors, la condition anormale*

fait place à la normale, la santé résultant de la condition normale. » (Still, 1910, 3.)

La relation de cause à effet. L'idée de cause et d'effet a profondément influencé la conception que se forgea Still de la maladie. « *Dans mon enfance, on m'enseigna que la différence entre un docteur de la loi et un docteur en médecine réside dans le fait que le docteur de la loi raisonne de la cause à l'effet, alors que le docteur en médecine raisonne de l'effet à la cause.* » (Truhlar, 1950, 125.) Still semble avoir été hanté par cette idée toute sa vie : « *Il pense et rêve de cause et d'effet. Son esprit semble avoir oublié tous les mots de sa langue maternelle, autres que cause et effet. Il prêche et parle tellement de cause et d'effet que ses associés finissent par penser qu'il est mentalement dérangé et bientôt bon pour l'asile.* » (Still, 1999, 101.) Dans l'*Autobiographie*, nous trouvons également une autre allusion significative : « *Cause et effet sont sans fin. La cause débutant certains cas peut être plus ou moins importante, mais le temps s'ajoute à l'effet jusqu'à ce que l'effet devienne plus important que la cause, avec à la fin, la mort. La mort est la fin ou l'addition de tous les effets.* » (Still, 1998, 184.)

La règle de l'artère et le *bloodseed*. L'importance de l'apport sanguin est très tôt évoqué par Still dans ses écrits. La libre circulation des fluides corporels a toujours été l'une de ses préoccupations majeures : « *Un apport abondant et complet de sang artériel doit être amené et délivré à toutes les parties, organes et glandes, par les canaux appelés artères. Et lorsque le sang a accompli son travail, alors, sans délai, les veines doivent retourner le tout au cœur et aux poumons pour le rénover.* » (Still, 1999, 31.) Dans ses écrits et déclarations, ce concept revient comme un leitmotiv, de sorte que nous ne pouvons avoir aucun doute sur l'importance qu'il lui accordait. « *Pourtant une réponse à ces questions nous est donnée dans les Écritures saintes : "Propreté est proche de Divinité." Faites en sorte que les eaux de la vie se dispersent du cerveau, enlevez toutes les entraves et le travail sera fait, vous donnant le legs éternel, la longévité.* » (Still, 1999, 73.)

Le sang était pour lui un fluide merveilleux : « *La sagesse de l'architecte de la Nature existe dans chaque goutte de votre sang.* » (Still, 1998, 304.) Pourtant, alors qu'il a toujours évoqué l'importance de la libre circulation des fluides et notamment du sang, c'est tardivement qu'il évoquera dans ces écrits ce concept sous la dénomination de *bloodseed* que j'ai choisi de traduire par *ensemencement sanguin*. C'est en effet dans *Ostéopathie, recherche et pratique*, publié en 1910, que l'on trouve pour la première fois ces mots dans les écrits de Still : « *En résumé, je dirais que toutes les parties dépendent de la propriété d'ensemencement du sang envoyé des poumons vers le cœur puis dans le système artériel, le véritable système de distribution. Nous parlons beaucoup des maladies et de leurs causes ; leurs effets mortels découlent de l'incapacité du corps à se réparer.* » (Still, 2001, 32.)

Lors de ses traitements, le drainage était d'une manière générale un de ses objectifs majeurs : « *Ouvrez les portes de votre plus pure raison, ceignez la ceinture de l'énergie et délestez le vaisseau sombrant de la vie. Jetez par dessus bord tous les poids morts du fascia et réveillez les forces des émonctoires. Laissez tous les nerfs montrer leurs forces pour rejeter tout poids qui diminuerait ou réduirait les énergies de la nature. Donnez leur l'opportunité d'œuvrer, donnez leur tous les nutriments et la victoire sera du côté de l'ingénieur intelligent. Ne jamais capituler mais mourir dans le dernier carré* » (Still, 1999, 70.)

La pharmacie du bon Dieu. Still a toujours estimé que notre organisme disposait de toutes les aptitudes nécessaires à élaborer les substances chimiques qui lui sont nécessaires, selon ses besoins du moment : « *Je crois que la mécanique humaine est la pharmacie de Dieu et que tous les remèdes de la nature sont dans le corps.* » (Still, 1998, 247.)

Il s'est toujours opposé avec véhémence à l'utilisation des médicaments sous toutes leurs formes. « *L'objet de mon voyage d'explorateur fut de trouver dans le corps les substances leur permettant d'agir et la manière dont elles procèdent. Si elles nous donnent la santé lorsque l'action normale prévaut, la maladie n'apparaissant que lorsqu'elles sont anormales, nous sommes exhortés à constituer une connaissance plus intime des qualités et des produits formés dans ce grand laboratoire qui mélange et qualifie chaque substance pour accomplir sa mission de force, de construction, de purification et d'action.* » (Still, 1999, 63.)

Le corps auto-régulateur. Bien avant que Cannon[2] n'étudie

2. Walter Bradford Cannon (1871-1945) : neuro-physiologiste américain à qui l'on doit la notion d'homéostasie, déjà entrevue par Claude Bernard. Il a par ailleurs étudié le rôle du système nerveux central, particulièrement en relation avec l'émotion. L'homéostasie désigne la tendance inhérente à tout organisme vivant à maintenir ou rétablir des équilibres de fonctionnement essentiels.

les régulations intimes du corps et ne forge le concept d'homéostasie, Still avait déjà une nette conscience du concept et l'exprimait largement : « *Je crois qu'avant de parvenir à leur zénith – après quoi l'aggravation est au-delà des possibilités vitales –, toutes les maladies sont guérissables par le génie des remèdes propres à la nature, et je crois que la véracité de cette conclusion a été abondamment prouvée par des démonstrations quotidiennes.* » (Still, 1999, 118.)

Paradoxe stillien, paradoxe américain

Précisons pour terminer que le paradoxe de la coexistence de modèles pré-darwinien (biblique) et post-darwinien (évolutionniste), s'il est typique chez Still, l'est également de la mentalité américaine, non seulement de son époque, mais encore d'aujourd'hui. Dans son livre, *L'Amérique entre la Bible et Darwin,* Dominique Lecourt évoque l'histoire d'un jeune enseignant, Thomas Scope qui, en 1925, fut condamné à une amende de 100 $ pour avoir enseigné l'évolution à des élèves de Dayton (Tennessee). Cette condamnation se fondait sur la loi proposée aux représentants du comté de Macon par le député John Butler et adoptée en 1924. « *Le texte prévoyait d'interdire à tout enseignant d'Université, d'École normale ou de toute autre école publique financée entièrement ou partiellement par les fonds de l'État, d'enseigner une théorie qui nie l'histoire de la Création divine de l'homme, telle qu'elle est enseignée dans la Bible, et qui prétend que l'homme descend d'un ordre inférieur d'animaux.* » (Lecourt, 1992, 21.) Cette loi est demeurée en vigueur au Tennessee jusqu'en 1967 ! Le paradoxe n'est donc pas simplement stillien, mais plus largement américain. D'ailleurs, n'est-il pas également paradoxal de trouver cette courte phrase inscrite sur pièces et billets de banque américains : « *In God we trust*[3] », et que cette phrase soit devenue la devise nationale américaine en 1957 ? Voilà de quoi choquer les inconditionnels de la laïcité que nous sommes devenus ! Cependant, au-delà du paradoxe apparent, cela nous indique peut-être que la culture américaine reconnaît et intègre une transcendance à l'existence humaine. Il s'agit là de différences culturelles importantes, dont nous devons tenir compte dans nos évaluations : « *Le choix que fait une société d'un paradigme dominant résulte d'une sélection complexe, culturelle, économique, politique et esthétique, dont la base même n'est pas rationnelle.* » (Masiello, 2000, 25.)

L'OSTÉOPATHIE DE LITTLEJOHN

John Martin Littlejohn (1865-1947) est d'origine écossaise. Projetant de devenir prêtre, il étudie la théologie à l'université de Glasgow. Il appartient à la confession presbytérienne[4]. Non diplômé, il est ordonné et enseigne dès 1886. En 1889, il retourne à l'université où il reçoit le diplôme de professeur en arts de langues classiques. En 1890, il reçoit le diplôme de licencié en théologie et pendant les deux années qui suivent, étudie le droit, jusqu'au diplôme de sciences légales, obtenu en 1892. Pendant ce parcours, il s'intéresse à la médecine, ce qui lui permet d'acquérir les bases d'anatomie et de physiologie.

Il entre ensuite dans les ordres à Londonderry en Irlande. L'année suivante, à cause d'une santé délicate, on lui conseille de changer de climat, les contrées plus chaudes lui étant profitables. Il émigre donc aux États Unis en 1892.

Il s'inscrit à l'université Columbia de New York et en 1894, reçoit son doctorat en philosophie. Il y étudie également l'économie politique. Il écrira une thèse très remarquée à l'époque. Au vu de son cursus, on lui confie très tôt des responsabilités universitaires. Dès 1894, il est élu président du collège Amity, à College Spring, dans l'Iowa, un collège mixte d'enseignement libre des arts.

Souffrant de problèmes de nuque et de gorge chroniques, John Martin se rend à Kirksville en 1897 pour y recevoir un traitement ostéopathique. Il recouvre la santé. Il est si impressionné par Still, sa méthode et ses résultats thérapeutiques qu'il décide d'étudier

3. *In God we trust* : que l'on pourrait traduire par « *En Dieu notre confiance* » ou « *Nous croyons en Dieu* ». Cette devise est apparue pour la première fois en 1864 sur les pièces d'un et de deux cents. Depuis cette époque, elle a figuré sur les pièces puis sur les billets de banque. En octobre 1957, *In God we trust* est devenu la devise officielle des États-Unis !

4. Presbytérianisme : Système préconisé par Calvin, introduit en Écosse par John Knox en 1560 dans lequel le gouvernement de l'Église est confié, à tous les niveaux (paroissial, régional, national), à un corps mixte, le presbyterium, formé de laïcs et de pasteurs, élus par les fidèles. Le presbytérianisme est devenu religion d'État en Écosse en 1688.

l'ostéopathie au collège de Kirksville. En 1932, Littlejohn écrira : « *Enthousiasmé par l'étude de l'anatomie et de la physiologie, et moi-même malade et exilé de mon pays natal par le corps médical sur la terre de la maladie, j'étais fasciné par les idées de Still et prêt à accepter la philosophie de son système qui basait le traitement de la maladie sur le corps humain et l'ajustement de la structure pour normaliser la production, la distribution et l'application de ces remèdes en vue de la guérison* » (Norminton, 1988, 3.) Il est recruté sur titres par A. T. Still pour donner des cours sur son sujet favori, la physiologie. En 1898, il devient doyen de la faculté et professeur de physiologie à l'ASO[5], tout en suivant les classes d'ostéopathie. Ses frères James et David le suivront à Kirksville et y enseigneront également, tout en étudiant l'ostéopathie[6].

Très vite, des conflits naissent entre les frères Littlejohn, Still et les membres du conseil d'administration du collège. Ces conflits semblent prendre racine dans des convictions et des vœux d'orientation de l'enseignement divergents : « *J. Martin préférait une ostéopathie largement fondée sur la physiologie plutôt que sur l'anatomie. Bien qu'il fut attiré par les principes naturalistes sous-jacents à la science de Still, croyant à l'approche sans drogue, Littlejohn défendait ardemment que tout ce qui fait partie de la science médicale – excepté la matière médicale –, devait être inclus dans le programme d'étude et de pratique.* » (Trowbridge, 1999, 238.) Les frères Littlejohn quitteront finalement l'ASO pour fonder le Littlejohn College of Osteopathy à Chicago, second collège d'enseignement de l'ostéopathie aux États-Unis. Là, John Martin s'inscrit aux collèges médicaux de Dunham et Hering dont il recevra le diplôme de docteur en médecine. Il retourne en Angleterre en 1913 et fonde à Londres la British School of Osteopathy (BSO) en 1917.

Une autre culture

Il est bien possible qu'un des points de divergence essentiels séparant Still et Littlejohn se trouve justement dans l'affrontement de modèles fondamentaux différents résultants de cultures et de religions différentes : « *En particulier, la formation calviniste de John Littlejohn, pouvait difficilement s'accorder avec le méthodisme de Still, tellement émaillé de spiritualisme.* » (Wernham, 1999, 4.) En effet, bien qu'ayant reçu une éducation et une formation ecclésiastiques, Littlejohn est écossais donc européen, de culture et de formation universitaires. Ces points s'opposent à l'éducation et à la formation de Still, rural, *autodidacte**, *pragmatique**. Mais de cette opposition ont probablement résulté une admiration et une attirance réciproques consécutives à la complémentarité de l'un par rapport à l'autre, renforcées par la filiation implicite que représentait la situation de patient admirant son thérapeute.

N'oublions pas, enfin, le problème de la langue : « *Parlaient-ils seulement la même langue ? Je veux dire tout ce que véhicule une langue dans son non-dit, dans le choix de son vocabulaire, dans sa syntaxe, dans tout ce qu'elle dit des origines géographique, sociale, culturelle du locuteur ? Rien n'est moins sûr, et il est difficile d'en juger sur les seuls éléments à notre disposition : leurs écrits respectifs. Sans trop s'avancer, on est tout de même en droit d'en douter. Quelle différence de ton devait montrer la tradition de verbalisation du Prédicateur de la Frontière et celle de l'Universitaire très* british *!* » (Hématy, 2001, 26.)

Quoi qu'il en soit, pour Littlejohn, le mélange de la science et de la religion n'est pas (plus) de mise. Littlejohn s'est résolument tourné vers la science, telle qu'elle émerge à cette époque, ce qui a probablement aggravé les divergences avec Still et ses collègues : « *La vie est donc le point de départ de la philosophie ostéopathique. Notre point de vue sur la vie est entièrement physiologique et nous ne sommes aucunement concernés par la métaphysique. Certains phénomènes expriment les forces vitales, physiques et chimiques en relation avec certains médias que nous appelons structures corporelles. À partir de ce point de vue, la vie est entièrement secondaire ou plutôt mani-*

5. ASO : Acronyme pour American School of Osteopathy (Collège Américain d'Ostéopathie), fondé en 1892 par A. T. Still.

6. James Buchanan Littlejohn (1869-1947). Diplômé en médecine et chirurgie de l'université de Glasgow. Pendant quatre ans, il fut chirurgien pour le service du gouvernement anglais. Lorsque J. Martin retourna en Angleterre, James assura l'administration du collège de Chicago et eut un rôle actif dans le domaine de la profession ostéopathique. Après son expérience à l'ASO, James s'inscrivit à l'école de droit du Kent dont il fut diplômé.

David Littlejohn (1876-1955). Suivit les cours du collège de sciences de Kensington à Londres, dans les années 1891-92 ; puis, de 1893 jusque 1896, ceux de l'université de Glasgow ; pendant cette période, il enseigna la chimie à la Western Medical School of Glasgow. En 1896, il vogua lui aussi vers l'Amérique. David reçut le diplôme de théologie au collège Amity dans l'Iowa, puis le diplôme de docteur en médecine au Central Michigan College de Saint Joseph dans le Michigan. Il partit pour Chicago avec ses frères, mais son intérêt pour la santé publique et l'hygiène lui firent prendre d'autres chemins.

festation de quelque chose dont nous ne connaissons probablement rien. Peu importe que nous puissions ou non expliquer la philosophie dans son sens le plus profond, si nous parvenons à expliquer la vie telle qu'elle apparaît à partir du point de vue physiologique, les phénomènes de la vie étant reliés à nos corps en tant que média matériels d'expression. Le côté psychique de la vie est un autre domaine de discussion. » (Littlejohn, 1999, 41.)

Le modèle de Littlejohn : l'homme debout

Bien entendu, Littlejohn reprend dans son travail tous les concepts de base de Still. Il va s'employer à poursuivre l'œuvre de son maître et à la raffiner. Il va en particulier introduire les sciences de base de la médecine et notamment la physiologie au sein du concept ostéopathique. Cela sera la source essentielle et reconnue des conflits qui l'opposeront très rapidement à Still, farouchement opposé à l'introduction de tout ce qui pouvait être associé à la médecine. Dans les écrits de Still, les diatribes contre la médecine sont nombreuses : « *Pour un mécanicien, analyser le sang n'a aucun intérêt. Il recherche la cause de la friction, et quand il la trouve, il la supprime. S'il y a des changements osseux, si les muscles ou les nerfs sont comprimés, il supprime la cause, et l'harmonie en résulte que tout le système ressent.* » (Still, 2001, 24.) Dans *Contribution of J. M. Littlejohn to osteopathy*, Thomas Hall et John Wernham[7] notent : « *Physiologie, pathologie, symptomatologie, chimie, étaient toutes strictement taboues, et il était strictement interdit aux étudiants de "gaspiller leur temps avec l'une quelconque de ces bêtises".* » (Hall, Wernham, 1974, 5.) Ils ajoutent : « *On cultivait l'idée qu'un bon physiologiste faisait un piètre praticien.* » (*ibid.*, 5.)

On doit donc à Littlejohn « *l'intégration des sciences fondamentales – chimie, biologie, physiopathologie – au cursus d'enseignement de l'ostéopathie* » (Hématy, 1998, 38). Selon Hall et Wernham, « *il s'empara de l'ostéopathie d'A. T. Still et, malgré l'opposition la plus vive, à ce qu'on dit, la plongea bien franchement dans un bain de physiologie et, plus encore, l'y maintint* » (Hall, Wernham, 1974, 6).

Selon Christopher Low, « *l'époque de l'ingénieur était révolue...* » (Low, 1989, 9). Voilà ce que nous dit Littlejohn sur la question : « *Le corps est un mécanisme vital – c'est un organisme. Voilà une chose que nous ne devons pas oublier. Il n'est pas correct d'évoquer le corps comme une machine ou comme un mécanisme. Lorsque le corps s'empare des matériaux bruts, il les transforme en vitaux. Rien n'est assimilé par le corps qui ne soit d'abord vitalisé et tout processus survenant dans le corps est un processus vital. Chaque lésion que nous trouvons dans le corps est une lésion vitale en relation avec la vitalité du patient.* » (Littlejohn, 1999, 32.)

Outre la mécanique vertébrale, Littlejohn étudiera particulièrement la physiologie nerveuse et circulatoire vertébrale, développant une compréhension pratique des centres nerveux de la colonne. Littlejohn étudiera davantage que Still la *relation* de l'homme à son milieu : « *Il convient donc que le corps reçoive l'apport nutritionnel nécessaire, que son environnement soit correct en chaleur, lumière, humidité, circulation de fluides, distribution d'énergie nerveuse, qu'existent des conditions normales de contractilité, des relations et une communication libres entre toutes les parties du corps ainsi qu'un libre ajustement articulaire de ces structures, de manière à ce que les communications intercellulaire, inter-tissulaire et inter-structurel soient possibles.* » (Littlejohn, 2000, 34.)

Il étudiera également particulièrement son adaptation mécanique à la position érigée. Pour qualifier simplement la philosophie ou le modèle de Littlejohn, nous pourrions dire qu'il nous parle de l'homme debout, en relation avec son environnement. Alors que la recherche de Still s'articulait essentiellement sur la relation structure/fonction, s'intéressant à la libre circulation des fluides dans le corps et se référant essentiellement à l'anatomie, Littlejohn pousse plus loin l'étude, recourant largement à la physiopathologie et à la biomécanique qui lui fourniront les éléments de connaissance dont il a besoin. Il étudiera l'organisation de la verticalité, créant le modèle des lignes de force vertébrales, raffinant ainsi très largement le concept ostéopathique. Cette lignée s'est poursuivie jusqu'à nous, notamment avec le développement des chaînes musculaires et l'apport récent de la posturologie.

7. John Wernham : ostéopathe anglais, l'un des élèves de Littlejohn qui a eu à cœur la diffusion de la pensée de Littlejohn. Il a en particulier assuré un travail de compilation des écrits de Littlejohn qui est tout à fait considérable. Il a fondé en 1949 the Maidstone Osteopathic Clinic qui deviendra ultérieurement le collège ostéopathique de Maidstone.

L'OSTÉOPATHIE DE SUTHERLAND

William Garner Sutherland (1873-1954) est américain, originaire du Minnesota rural. Contrairement à Still ou Littlejohn, il ne se destine pas du tout à la médecine, ni à l'ostéopathie. Les hasards de la vie le conduisent à pratiquer tout d'abord le métier d'imprimeur, puis de journaliste. En 1893, il quitte son poste de journaliste pour entreprendre des études secondaires à l'université de l'Iowa. Il n'ira pas jusqu'au bout de son cursus et reprendra un poste de contremaître puis de journaliste dans la presse locale. C'est le journaliste d'abord qui entend parler de l'ostéopathie et qui, à cause d'échos divergents et contradictoires, décide d'aller enquêter pour voir par lui-même de quoi il s'agit. Il se rend donc à Kirksville en 1897. Il est impressionné par ce qu'il voit, aussi bien au niveau de la technique ostéopathique, qu'au niveau des résultats constatés. Il décide de tout quitter et de devenir ostéopathe et commence sa formation au collège de Kirksville en 1898, soit une année seulement après J. M. Littlejohn qu'il a certainement connu, comme étudiant en ostéopathie et comme professeur de physiologie.

Sutherland raconte comment, encore étudiant, une idée le traverse, alors qu'il contemple un spécimen de crâne semi-désarticulé : « *Alors que je restais à contempler, tout en pensant, inspiré par la philosophie du Dr Still, mon attention fut attirée par les biseaux des surfaces articulaires de l'os sphénoïde. J'eus soudain cette pensée, – comme une pensée guide –, "biseautées, comme les ouïes du poisson, indiquant une mobilité pour un mécanisme respiratoire".* » (Strand Sutherland, 1962, 12.) Il fera tout pour chasser cette pensée qu'il appellera lui-même l'*idée folle*. Nous sommes en 1898, il n'est pas encore diplômé. L'idée que les os d'un crâne puissent présenter une mobilité est tout simplement loufoque. Il obtient son diplôme d'ostéopathe en 1900 et pendant de longues années, travaille selon la lignée apprise au collège. C'est seulement au cours des années 20 qu'il accepte enfin de suivre son inclination, mais avec comme premier dessein de démontrer qu'il se trompe et que les os du crâne ne bougent pas. Il commence par désarticuler le squelette du crâne qu'il possède – appelé Mike : « *Délicatement, adroitement, en utilisant uniquement la lame d'un canif, les os intriqués de Mike furent doucement séparés, exploit bien plus grand qu'il y paraît.* [...] *Lorsqu'il était nécessaire d'étudier le crâne dans son entier, Mike pouvait être remonté par un ingénieux système de vis et de bracelets de caoutchouc.* » (Strand Sutherland, 1962, 18.)

Sutherland ne tarde pas à remarquer que les agencements articulaires qu'il découvre présentent des correspondances troublantes avec des agencements mécaniques qu'il connaît. Son premier métier, celui d'imprimeur, l'a en effet obligé à s'occuper de mécanique. Il commence à accepter l'idée d'une possible mobilité : « *Oserais-je penser que ces mécanismes n'indiquent pas simplement des dispositions pour le mouvement crânien, mais qu'ils participent activement au mouvement ? Comment pourrais-je prouver ou réfuter cela ?* » (Strand Sutherland, 1962, 20.)

Commence alors une longue suite d'expérimentations d'abord sur l'os sec, puis sur sa propre tête. Il utilise à cet effet un attirail confectionné à partir d'éléments disparates souvent modifiés pour servir son but : casque et gants de base-ball, lanières de cuir, boucles, bols de bois, morceaux de caoutchouc, etc. Ces expérimentations ne sont pas de tout repos puisqu'elles tendent à reproduire sur son propre crâne des lésions mécaniques induites par de fortes contraintes. Les suites de certaines expérimentations inquiètent beaucoup son épouse, comme par exemple, l'expérimentation sur le cisaillement (*strain*) : « *Au cours de la période de réactions qui suivit, Will, sur plusieurs points, ne fut plus lui-même.* [...] *Il était extrêmement nerveux, tendu et facilement irritable. Cela contrastait rudement avec son équilibre, son calme et sa prévenance habituels. Son teint variait, il était parfois très pâle et son expression faciale était modifiée.* » (Strand Sutherland, 1962, 56.)

Sutherland dira lui-même : « *À cause de mon scepticisme concernant la mobilité des os du crâne, j'ai dû imposer de très nombreuses expérimentations à mon propre crâne. Je ne pouvais pas accomplir ces expériences sur d'autres crânes que le mien. Il me fallait expérimenter sur une tête vivante parce que je voulais obtenir une connaissance que le crâne mort d'un spécimen de laboratoire ne pouvait me procurer. Pour prouver que le mouvement entre les os d'un crâne vivant est impossible, il me fallait accumuler du savoir sur beaucoup de choses. Si j'avais testé ces choses sur d'autres personnes, je n'aurais obtenu que de l'information ; eux auraient eu la connaissance.* » (Wales ed., 1990, 4-5.)

Peu à peu, il développe une compréhension et un modèle mécanique lui permettant de rendre compte de ses intuitions : le Mécanisme Respiratoire Primaire (MRP). « *Le mécanisme respiratoire primaire consiste en la fluctuation du liquide céphalo-rachidien, essentiellement à l'intérieur et autour du cerveau et de la moelle épinière. La motilité du cerveau et de la moelle épinière, la mobilité des os du crâne et du sacrum entre les iliaques, et les membranes intracrâniennes et intraspinales, fonctionnant comme des agents de tension réciproque entre les pôles d'attachement articulaire en font également partie. La mobilité du sacrum entre les iliaques est un mouvement involontaire que l'on doit différencier de la mobilité posturale de l'iliaque sur le sacrum. La mobilité sacrée n'est dirigée par aucun agent musculaire et il n'existe aucune insertion musculaire entre le sacrum et les iliaques. Les os du crâne et le sacrum fonctionnent comme une unité fonctionnelle en une mobilité involontaire au cours des périodes de la respiration primaire.* » (Wales ed., 1998, 216.)

Les tentatives de Sutherland pour faire connaître son approche rencontrent indifférence voire hostilité chez ses collègues ostéopathes. Jusqu'à la fin des années 20, ses publications ne traitent que de techniques ostéopathiques classiques. Ce n'est qu'en 1929 qu'il présente par écrit ses premières conclusions de *pensée crânienne* au collège de Kirksville. À partir du début des années 30, il parvient à publier quelques articles sur le concept crânien dans le *Northwest Bulletin*, journal de l'Association des Ostéopathes de l'État du Minnesota. Ses articles paraissent sous la forme d'une colonne d'auteur anonyme intitulée *Notions crâniennes, par Blunt Bone Bill*[8].

Poursuivant ses recherches, il s'intéresse à l'enfant et s'engage comme vacataire dans un service hospitalier pour enfants pendant plusieurs années, afin d'observer, puis de traiter des enfants. Il étudie le développement embryologique du système nerveux et du crâne, met en lumière les spécificités du crâne de l'enfant, notamment au moment de la naissance, et développe les techniques permettant de le traiter. Les bienfaits de l'approche ostéopathique crânienne appliquée à l'enfant ne sont plus à démontrer aujourd'hui.

En 1939, il publie à compte d'auteur *La Boule crânienne*, première publication personnelle, en dehors des articles pour différentes revues. L'objectif est de faire connaître les bases du concept crânien. Cette publication n'aura aucun succès, éveillera très peu d'intérêt et beaucoup de critiques, essentiellement fondées sur le manque de preuves scientifiques.

Malgré tout, peu à peu, le concept gagne des adeptes, le nombre de praticiens intéressés augmente, de sorte que William Sutherland passe de plus en plus de temps à enseigner, tout en poursuivant le développement du concept.

Une pensée biblique

À l'instar de Still, avec lequel il partage le même bain culturel, Sutherland utilise à l'évidence le modèle biblique, apparemment culturellement tout à fait satisfaisant pour un Américain du Middle West à cheval sur deux siècles. Même s'il en discute peu, il s'y réfère souvent : « *C'est que je veux que vous imaginiez, le potentiel inhérent de la fluctuation du liquide céphalo-rachidien et surtout, le Souffle de Vie qui, insufflé dans cette forme d'argile, fit de l'homme un être vivant.* » (Wales ed., 1990, 16.) La note de bas de page associée est la suivante : « *Et l'Éternel Dieu forma l'homme avec la poussière du sol et il insuffla dans ses narines le souffle de vie, et l'homme devint une âme vivante.* » (Genèse 2:7, version King James.)

Plus loin, pour évoquer l'immobilité et la puissance de la marée par rapport aux vagues de l'océan : « *Vous avez certainement entendu le cantique "Apaise-toi et sache que Je Suis". Vous comprenez ce que je veux dire ? C'est l'immobilité de la Marée, et non les vagues houleuses qui se brisent sur le rivage, qui possède le potentiel inhérent, la puissance.* » (Wales ed., 1990, 16.) Et la note de bas de page associée est la suivante : « *Après le tremblement de terre, un feu : l'Éternel n'était pas dans le feu. Enfin, après le feu, un son doux et subtil. (Les Rois 19:12.)* » ; « *Arrêtez, et sachez que Je suis, Dieu. (Psaume 46:11, version King James.).* » Il mélange ainsi allégrement propos spirituels et propos anatomo-physiologiques, ce qui peut troubler plus d'un Européen.

Une pensée qui a évolué

Il est par ailleurs particulièrement intéressant de noter l'évolution de la pensée de Sutherland au fur et à mesure de son avancée dans l'étude et l'appli-

8. Jeu de mots avec *Blunt*, une ville où il travailla comme journaliste, et le sens commun qui serait « direct », « franc ».

cation du concept crânien. James Jealous, ostéopathe américain travaillant dans la lignée de William Sutherland et Rollin Becker, en étudiant l'ensemble des textes de Sutherland, est parvenu à suivre et à retracer son évolution. Il nous fait remarquer que le concept a progressivement évolué à partir d'un modèle très mécaniste (les systèmes articulaires crâniens), vers un point de vue membraneux (la membrane de tension réciproque), puis un point de vue liquidien (l'ensemble du travail sur le liquide céphalo-rachidien) pour parvenir à la fin de la vie de Sutherland à une considération presque totalement spirituelle (le Souffle de Vie et la Lumière Liquide).

Il semble qu'un brusque changement se soit opéré dans les années 45-48, époque où il a rencontré le philosophe et artiste Walter Russell, auteur notamment de *The Secret of Light*. Dans un article intitulé *William Garner Sutherland a-t-il été influencé par Walter Russell ?*, François Bel écrit : « *Dans un texte appelé* A Sutherland Sensory Chronology (Chronologie sensorielle de Sutherland), *James Jealous, ostéopathe contemporain, élève de Rollin Becker et de Robert Fulford écrit : "Au cours de ses explorations, la perception qu'avait le Dr Sutherland du mécanisme respiratoire primaire et de ses lois évolua, partant d'un système motivé de l'intérieur (c'est-à-dire le système nerveux central mobilisant les membranes, les membranes mobilisant les os et faisant fluctuer le liquide céphalo-rachidien) à un système catalysé par le Souffle de Vie. Il décéda alors qu'il se trouvait en pleine transition conceptuelle".* » *(Jealous, 1997.) Lors de ses dernières conférences, William Garner Sutherland, parlait de potentiel inhérent* (Potency), *de transmutation, d'Étincelle Initiale* (Initiative Spark), *de Souffle de Vie* (Breath of Life), *de Marée* (Tide), *etc. James Jealous remarque qu'il est passé d'une conception biomécanique de l'ostéopathie à une conception biodynamique. À partir de l'étude chronologique qu'il a menée sur l'évolution de Sutherland, James Jealous détermine que le changement majeur dans la pensée de Sutherland est intervenu vers l'année 1948*[9]. » (Bel, 2000, 14.)

Ces derniers développements sont peu connus en France. Une des raisons essentielles vient sans doute du fait qu'aucune traduction des écrits de Sutherland n'est publiée en français, mais également de la réticence à enseigner un concept qui s'oriente vers la spiritualité[10].

L'influence de Walter Russell

Walter Russell (1871-1963) fut un autodidacte particulièrement réussi dans de multiples domaines : peinture, sculpture, architecture, science physique et philosophie. « *En 1921, pendant presque un mois, il vécut une expérience mystique d'illumination qui lui révéla comment l'univers a été créé.* » (Clark, 1996, 34.) Russell a passé le reste de sa vie à mettre en œuvre et à transmettre les lois universelles dont il avait reçu la révélation. Son œuvre écrite exprime cette connaissance sous forme de textes vulgarisateurs : *The Secret of Light* (1947), scientifiques : *A New Concept of the Univers* (1953) et même épiques : *The Divine Iliad* (1948).

« *Proche de Franklin Roosevelt et de Paderewski*[11], *il fréquenta des personnages éminents de son époque : Rudyard Kipling, Thomas Edison, George Bernard Shaw*[12], *Alexis Carrel et beaucoup d'autres. Ses peintures lui valurent une renommée internationale, ses sculptures ornent les parcs des plus grandes villes d'Amérique, les appartements qu'il a conçus et construits font partie du patrimoine architectural de la ville de New York, tandis que nous profitons aujourd'hui encore de ses trouvailles en matière d'immobilier, il est également à l'origine de découvertes scientifiques majeures*[13]. » (Clark, 1996, 4-7.)

D'après Robert Fulford, il attira particulièrement l'attention sur la Loi de l'Équilibre : « *La loi universelle d'équilibre est le principe d'échange égal entre toutes les choses en création préservant à la fois l'unité et la continuité de l'Univers. L'équilibre est le principe de l'unité et de l'identité. De lui vient la stabilité. L'échange équilibré est le principe d'égalité de distribution entre des paires d'opposés mobiles et non équilibrées. L'échange rythmique et équilibré constitue*

9. Avril 1948, cycle de conférences de Des Moine (*Contributions of Thought*, 183-211).

10. Voir à ce sujet le mémoire de fin d'études d'Isabelle Schmitt, *Évolution de la perception chez William Garner Sutherland* (2000).

11. Ignacy Jan Paderewski (1860-1941). Compositeur, pianiste et homme politique polonais. Il fut le premier président du Conseil de la République polonaise en 1919.

12. George Bernard Shaw (1856-1950). Écrivain irlandais, auteur de romans, d'essais et de pièces de théâtre où se révèlent son humour et son pessimisme (Prix Nobel de littérature en 1925).

13. Selon Clark, il aurait envisagé deux des plus grandes découvertes des temps modernes – les isotopes de l'hydrogène qui conduisirent à la découverte de l'eau lourde et les deux nouveaux éléments utilisés dans la bombe atomique (Clark, 1996, 16).

le principe de la continuité de l'effet. La loi de l'équilibre est la loi d'amour sur laquelle l'univers est fondé, par conséquent, le principe fondamental de la nature, et l'échange rythmique équilibré est la note dominante de son expression à travers l'action. » (Fulford, 1979, 1.) Cela ne ressemble-t-il pas à notre concept de couples ?

Dans la lignée de Still

Sutherland s'est toujours considéré comme continuateur de l'œuvre de Still et travaillant dans le même courant philosophique et spirituel : « *Si vous lisez attentivement, voire entre les lignes, les ouvrages d'Andrew Taylor Still, vous verrez qu'il évoquait déjà cette idée et que c'est lui, et non moi, qui a posé les bases du concept crânien dans la science ostéopathique.* » (Wales ed., 1990, 3.)

Dans un article intitulé « Ostéopathie, une perspective philosophique », l'ostéopathe américain Domenick Masiello écrit : « *Le concept de Vie pour Still était beaucoup plus qu'une simple force de la nature ou un principe organisateur. C'est en fonction de ce concept que nous envisageons la base du travail de Sutherland, avec des phénomènes tels que le Souffle de Vie, la Marée, ou la Lumière Liquide. La Vie n'est pas une force aveugle. La Vie a un but. Elle a un plan ou objectif. Elle est orientée vers cet objectif, et dans ce sens elle est téléologique. La Vie peut communiquer avec chacun de nous personnellement. La Vie est toujours présente – seulement nous ne la remarquons pas. Pour Still et Sutherland, la Vie est Dieu. Dans ce sens, l'ostéopathie est plus que vitaliste. Il est plus correct de dire que l'ostéopathie est théiste et que le vitalisme est un sous ensemble ou un cas particulier de théisme. Dans* Philosophie de l'ostéopathie *(p. 30), le docteur Still écrit : "En premier, le corps matériel, en second, l'être spirituel, en troisième un être de pensée de loin supérieur à tous les mouvements vitaux et aux formes matérielles, dont le devoir est de diriger sagement ce grand mécanisme de vie."* » (Masiello, 2000, 27-28.) On ne peut être plus clair sur la profonde unité de pensée qui relie ces deux hommes.

Le modèle principal de Sutherland

Le modèle principal de Sutherland est bien évidemment le mécanisme respiratoire primaire. Pour qualifier simplement la modélisation proposée, nous pourrions dire qu'il s'est intéressé à l'homme suspendu à son fulcrum (le fulcrum de Sutherland, situé à la jonction de la tente du cervelet et de la faux du cerveau) et à la qualité de la vie au sein même de la structure vivante. L'approche de Sutherland a initié les démarches reposant sur l'approche fasciale, fluidique, jusqu'à l'approche somato-émotionnelle de John Upledger.

COMPARAISON DES MODÉLISATIONS DE LITTLEJOHN ET DE SUTHERLAND

Littlejohn et Sutherland sont contemporains. Ils se sont certainement rencontrés au moment de leurs études à Kirksville. Il semble que par la suite leurs destinées aient totalement divergé et qu'ils n'aient plus eu aucun contact. Chacun à sa manière, ils nous parlent tous les deux de l'homme vivant. Mais, à l'évidence, chacun occupe un point de vue différent pour observer, et ne modélise pas de la même manière. Ainsi, les cartes qu'ils dressent semblent divergentes alors que l'objet observé est le même.

Fidèles à nos démarches aristotéliciennes habituelles considérant des opposés qui s'affrontent (A versus Non-A), nous pourrions longuement discuter des avantages et inconvénients respectifs de ces deux approches, cherchant à déterminer qui a tort et qui a raison. Cette démarche, typiquement égotiste et paranoïde démontre depuis trop longtemps ses ravages pour continuer de l'utiliser. Cette attitude serait d'autant plus stupide que le corps vivant fonctionne en les intégrant totalement toutes les deux ! C'est donc dans la *dialogique** et non dans l'opposition que nous allons tenter d'intégrer tous ces points de vue. L'intérêt de cette comparaison est bien plutôt de comprendre en quoi ces points de vue et ces manières de modéliser le vivant se complètent et s'enrichissent mutuellement, grâce aux aspects que chacun éclaire : « *Il n'y a pas d'expériences fausses, il n'y a que des expériences incomplètes.* » (Satprem, 1995, 180.)

Littlejohn, l'universitaire

Littlejohn est un universitaire cultivé, un scientifique. La liste impressionnante de ses diplômes nous permet de penser qu'il aimait particulièrement l'étude : « *Incapable de se livrer à la moindre activité sportive, le jeune John Martin en était réduit à lire ; on le trou-*

vait rarement sans un livre à la main. » (Wernham, 1999, 51.) D'ailleurs, dans la biographie de Still, Carol Trowbridge raconte une anecdote amusante : « *Lorsque J. Martin Littlejohn, qui plus tard fonda le collège d'ostéopathie de Chicago, enseignait à l'ASO, il courtisa Blanche*[14]. *Autant que nous sachions, le professeur Littlejohn n'envoyait pas de roses à Blanche; il lui envoyait un déluge d'encyclopédies que son fils utilisa de nombreuses années durant. Mais ce cadeau semble ne pas avoir impressionné Blanche...* » (Trowbridge, 1999, 280.)

Ce type de démarche fondée sur l'étude, privilégie la constitution de cartes ou de modèles à partir de l'étude, avant la confrontation directe à la réalité. Vient ensuite le temps de l'expérimentation, qui permet de comparer les représentations abstraites aux réalités vécues. C'est la démarche typique de l'universitaire et du scientifique de l'époque. On y postule l'existence d'une réalité totalement extérieure que l'on peut observer et décrire. L'observateur demeure extérieur à ce qu'il décrit. Il n'est pas impliqué, il explique.

Par rapport à l'ostéopathie, ce type de démarche donne des observations plus faciles à défendre scientifiquement, puisqu'en accord avec les positions médicales et scientifiques actuelles.

L'organisme s'observe comme une mécanique vivante, fondée sur une structure rigide et articulée à certains niveaux, les lois de la mécanique s'appliquent totalement, avec axes, amplitudes, etc. Cette approche aboutit à des techniques appliquées de l'extérieur dont l'objectif est de libérer la mobilité des leviers articulaires.

Si nous analysons ce type de fonctionnement à la lumière du modèle des *polarités** cérébrales, elle se relie à l'activation de l'hémisphère gauche privilégiant le verbal (digital), l'analytique, le raisonnement, traitant les éléments en séquence et favorisant le temporel (Chalvin, 1991).

Sutherland, l'autodidacte

Sutherland en revanche – tout comme Still – est un autodidacte. C'est un homme de terrain qui, dès son plus jeune âge a dû se colleter avec les réalités de la vie quotidienne. Il est descendant de pionniers. La vie se vit dans l'instant, il faut s'engager, faire face, expérimenter. La spéculation vient après. Dans sa recherche sur le concept crânien, Sutherland privilégie la démarche d'implication, subjective. Expérimentation d'abord, explication après. Le savoir n'est recherché que pour les éclaircissements, les appuis qu'il fournit à l'expérience.

Partant d'un modèle mécanique avec segments rigides articulés sur des axes, son expérience l'a conduit à percevoir le corps humain comme un système fluide, souple, équilibré sur des *fulcrums*. Seule la perception directe des tissus vivants peut apporter cette conscience de plasticité. Tant que l'on regarde le corps de l'extérieur, on ne perçoit que des leviers rigides articulés. La perception directe des tissus aboutit à des techniques appliquées de l'intérieur, appelant la structure vivante à s'autocorriger, une fois amenée à son point de tension équilibrée. « *Permettre à la fonction vitale interne de manifester sa puissance infaillible, plutôt que d'appliquer une force aveugle venue de l'extérieur.* » (Sutherland, 1939, 8.)

Analysée selon le modèle des polarités cérébrales, sa démarche se relie à l'activation de l'hémisphère droit, qui privilégie l'imagé (analogique), l'holistique (globalité), l'intuition, traite les éléments de manière diffuse, synthétique, favorisant le visuo-spatial (Chalvin, 1991).

Littlejohn, Sutherland, deux manières de voir et de vivre le monde

Bien entendu, il nous faut éviter de figer chacune de ces approches dans sa polarité cérébrale. Bien que chacune d'elles privilégie une manière de voir et de vivre le monde, comme tout ce qui se relie à la vie, chacune est un mélange subtil et *labile**.

En tant que praticien et en fonction de la manière dont nous voyons nous même la vie et la vivons, nous nous relions en général de manière préférentielle à l'une de ces deux approches. En fait, nous recherchons notre confort, nous *allons dans l'aisance*, ce qui, hélas, renforce notre nature et nos choix inconscients.

Cette analyse peut également nous permettre de mieux comprendre les difficultés qu'a pu rencontrer Littlejohn lors de son séjour aux États-Unis. Universitaire, lettré, rompu à l'approche scientifique, sa modélisation de la vie et du vivant pouvait difficile-

14. Martha Helen Blanche Still (1876-1959). La dernière fille d'A.T. Still qui devint également ostéopathe.

ment rencontrer les modèles de ces enfants de pionniers, autodidactes, sensitifs, rudes, rustres parfois. Et, comme toujours dans ces cas, aucun des protagonistes n'imagine que l'autre utilise d'autres clés tout aussi valides, bien que différentes. Chacun campe fermement sur ses positions et lutte pour défendre son point de vue, comme si sa survie immédiate en dépendait.

Ces deux types d'approche semblent difficiles à intégrer de manière harmonieuse, dans la vie comme dans l'ostéopathie : « [...] *ostéopathie structurelle et ostéopathie fonctionnelle sont deux écoles extrêmement différentes, qui ne doivent quasiment rien l'une à l'autre, qui ont des principes et des pratiques différentes et, par conséquent, font appel à une sensibilité différente. Notre longue expérience pédagogique nous a montré maintes fois que les ostéopathes structurels ont de très importantes difficultés à apprendre les ostéopathies fonctionnelles. Ils n'arrivent jamais à se débarrasser complètement de l'aspect "solidiste" dans leur pratique de l'ostéopathie crânienne et de ses dérivées. Inversement, ceux qui se sont spécialisés exclusivement dans l'ostéopathie fonctionnelle, perdent largement leurs compétences en ostéopathie structurelle. Ces deux techniques sont en fait deux ostéopathies complémentaires et dans l'avenir, nous considérons qu'il y aura des "spécialistes" de l'une et de l'autre, travaillant en collaboration, et les "mélanges" actuels ne sont que des mélanges de transition* » (Abehsera, 1986, 103).

Sans être aussi extrémiste, on peut dire qu'il est probable que ces tendances persisteront toujours, exprimant les différentes manières que nous avons d'expérimenter le monde et de le décrire. L'objectif ici n'est pas de raviver les oppositions, mais bien plutôt d'apporter suffisamment d'éléments de compréhension pour admettre que, quel que soit le point de vue préféré, il ne s'agit que d'un point de vue – un lieu de l'espace à partir duquel on observe. Sa validité est intrinsèque, point n'est besoin de le défendre, seulement de le vivre, et surtout d'admettre que d'autres points de vue existent, chacun possédant sa validité propre. *Un point de vue ne se défend pas, il se vit.* Si nous ne parvenons pas à totalement intégrer les différents types de vision du monde, au moins, pouvons-nous acquérir la conscience de leurs mécanismes sous-jacents. Alors la paix peut régner.

Vivre la vie ou les modèles ?

Bien que la modélisation soit indispensable, à trop créer modèles, cartes et représentations de la vie, on ne parvient plus à l'expérimenter directement. Le modèle possède l'avantage de nous fournir fulcrums, points de repères et orientation, mais il s'interpose entre la vie et nous, nous coupant en partie du contact avec sa nature profonde : « *Nous nous trouvons face à deux éléments contradictoires : l'accumulation des connaissances et l'imagination. Tout se passe, en effet, comme si l'imagination, qui est la source de l'hypothèse, était d'autant plus riche, d'autant plus vivace, que l'esprit est plus jeune et moins encombré. Mais, pour acquérir une telle science, il faudrait de bien longues années de travail qui peu à peu étoufferaient la fleur fragile de l'imagination.* » (Lecomte du Noüy, 1939, 80-81.)

À trop vivre les modèles, on perd le contact avec l'essence de la vie. Le modèle peut nous donner une sensation de sécurité – d'autant plus facile à acquérir qu'il simplifie les choses : *je sais*, mais c'est une fausse sécurité, parce que ce *je sais* concerne une représentation de la vie, pas la vie elle-même. Cf. la carte et le territoire.

Voilà pourquoi j'ai privilégié le point de vue de l'explorateur. D'ailleurs, si l'exploration de notre monde fini semble à peu près accomplie aujourd'hui, celle de la vie nous réserve encore bien des surprises ! La vie n'est-elle pas un processus autodidacte ? On l'apprend en la vivant. Un des inconvénients majeurs de cette manière de l'aborder, c'est d'être sans cesse confronté au changement. La vie, c'est le mouvement, donc le changement permanent !

Une fois acceptée l'idée du changement, est-il pour autant nécessaire de tout réinventer à chaque seconde ? Ne pouvons-nous créer des modèles suffisamment sommaires pour ne pas nous emprisonner, tout en étant suffisamment précis par rapport à ce qui est essentiel ? C'est ce que nous allons essayer de faire, l'objectif n'étant pas d'éliminer l'imprévu, mais de proposer des outils de navigation permettant une exploration relativement *confortable* quoique riche d'inconnu.

Ce que nous allons faire maintenant

Nous allons nous jeter à l'eau, plonger dans l'océan des perceptions. Nous allons tenter d'expérimenter une relation avec le vivant qui soit la plus directe et la plus dépouillée possible d'interprétations.

Ensuite seulement, nous tenterons de créer et de mettre en pratique des modèles utilisables pour gérer la communication avec la structure vivante dans notre pratique quotidienne.

> *« Pour que le chercheur puisse mesurer ou expérimenter, il lui faut une hypothèse, c'est-à-dire une théorie provisoire, expérimentale, une supposition qu'il adopte momentanément, en vue d'ajouter une série de nouveaux faits à la connaissance déjà bien établie. Les hypothèses guident ainsi tout futur travail de recherche. »*
>
> (Bateson, 1988, 39.)

4 EN DIRECT AVEC LA VIE
La palpation

« Cela est vrai, la palpation est vraiment un art que l'on s'enseigne soi-même. »
Sutherland in Wales ed., *Teachings in the Science of Osteopathy*, p. 221.

HISTOIRE DE BALLON

Cela se passe au début des années 70. Quelques jeunes futurs ostéopathes viennent de travailler une matinée de dimanche avec Francis Peyralade[1] qui, pour finir la matinée en beauté, nous propose une expérience amusante : il gonfle un ballon de baudruche et demande alternativement à chacun de nous de le tenir entre les mains et d'attendre de sentir quelque chose. Nous ressentons tous une alternance d'expansion-rétraction qui nous étonne et nous fait rire. Le plus étonnant est que nous interprétons cela comme quelque illusion de la perception, sans imaginer un seul instant que cette perception puisse avoir un sens autre que magique.

À notre décharge, précisons que nous sommes au tout début de notre apprentissage de l'ostéopathie crânienne : notre seule référence écrite est le livre de Magoun, traduit par nos enseignants. Dans ce livre est rapidement évoquée une impulsion rythmique limitée au crâne (IRC) dont la source est le système nerveux central, mais rien n'est proposé pour l'expérimenter. Notre attention est strictement centrée sur le mouvement de flexion-extension que nous avons du reste beaucoup de mal à percevoir. Notre palpation est tellement incertaine et nos professeurs tellement attentifs à ne pas nous laisser dériver dans des délires perceptifs, que l'orthodoxie est de rigueur. Il ne nous vient par conséquent pas à l'esprit de formuler une hypothèse quant à ce que nous percevons. D'où l'interprétation de loufoquerie par rapport à cette perception.

Le déclic se fait pour moi beaucoup plus tard, à la lecture du petit livre de Jacques Andréva Duval, *Introduction aux techniques ostéopathiques d'équilibre et d'échange réciproque*. L'auteur cite Rollin Becker qui du corps humain vivant dit : *« Cette "chose" est toujours en mouvement ; tout est motilité, tout est mobilité ; tout est vivant, tout est viable. En tant qu'ostéopathes, notre travail est simplement de comprendre et de suivre ce mécanisme vivant. »* (Duval, 1976, 59.) *« Tout est motilité »* me ramène tout à coup à l'expérience du ballon, tellement bizarre que nous avions préféré la ranger du côté de la magie plutôt que de la vivre pour tenter de l'interpréter intelligemment. Elle m'a fait tout à coup intégrer que la motilité ne se limite pas au système nerveux mais existe dans tout le corps et qu'elle est sans doute un témoignage majeur de la vie s'exprimant dans une structure. Avec le recul, cela peut sembler extravagant, et ça l'est bel et bien : *« Nous répondons à l'événement selon notre conditionnement, et celui-ci étant inadéquat réagit toujours d'une façon inadéquate. »* (Krishnamurti, 1994, 24.)

La lecture ultérieure du livre de Barral et Mercier sur les manipulations viscérales confirme cette intuition, me confortant dans l'idée que ce mouvement perçu avec le ballon n'est pas totale affabulation : « [...] *à côté de cette mobilité subie, existe au niveau*

1. Francis Peyralade : un des pionniers discrets de l'ostéopathie qui, en 1964, fit pour la première fois venir en France un groupe de trois ostéopathes américains — Harold I. Magoun, Viola Frymann, Tom Schooley —, pour enseigner le concept crânien à des ostéopathes non américains et non médecins.

du viscère une mobilité vécue, active qui résulte d'une faculté motrice intrinsèque de sa structure que nous dénommons "motilité". Le viscère se mobilise par ses propres moyens. C'est un mouvement lent et de faible amplitude, non visible » (Barral, Mercier, 1983, 17).

SOUFFLEZ DANS LE BALLON

À ce moment, je n'imaginais pas que l'expérience du ballon pût avoir une autre utilité que de permettre de percevoir l'impulsion rythmique tissulaire. Je me demandais même si un non-initié à ces questions percevrait quelque chose. Je fis donc le test auprès de proches ignorants de la motilité, sans leur dire ce qu'ils *devaient* sentir. Tous perçurent très rapidement un mouvement d'expansion-rétraction alternatif. J'eus alors l'idée d'utiliser le test du ballon lors de conférences sur l'ostéopathie pour faire ressentir aux personnes présentes leur propre impulsion rythmique. Quasiment tous ressentent une expansion-rétraction alternative. Certains sont particulièrement impressionnés, voire effrayés, prêts à lâcher brutalement le ballon, tellement cette perception les trouble.

Pourquoi une perception si forte ?

Je me suis demandé pourquoi l'utilisation du ballon donnait une perception si forte. Une explication logique est qu'il double l'amplitude de l'expansion-rétraction tissulaire, parce que les mains sont en opposition. Leur expansion simultanée répercutée par le ballon devient donc très perceptible. Le ballon constitue un merveilleux système de feed-back, permettant de percevoir des changements autrement impossibles à objectiver. Un simple ballon de baudruche ! Nous voilà bien loin des appareils sophistiqués aujourd'hui si prisés parce qu'ils font *scientifique*. « *Malgré toute la fascination qu'ils suscitent, les ordinateurs, les machines, les appareils de mesure, et la communication des résultats sous forme de graphiques, tableaux, et formules algébriques ne sont pas les conditions nécessaires et suffisantes à l'activité de la science.* » (Masiello, 2000, 23.)

Ce qui est perçu

La perception habituelle est donc celle d'une alternance d'expansion-rétraction. La plupart des personnes vivant pour la première fois cette expérience pense qu'il s'agit de la respiration thoracique. En conséquence, une des premières choses qu'elles font, c'est d'arrêter de respirer, pour vérifier leur idée et, bien entendu, elles constatent que le mouvement continue, sans presque varier. Cela vient contredire l'affirmation selon laquelle le mouvement du mécanisme respiratoire primaire serait la conséquence de la seule respiration thoracique (Herniou, 1998, 18). Cette expérience permet également d'expliquer que l'on peut sentir une table ou même un crâne en os sec *respirer*. La personne sent alors simplement sa propre impulsion, renvoyée par le support inerte. Cette perception en a détourné plus d'un de l'ostéopathie crânienne, effrayé à l'idée que la table ou le crâne sec puisse *respirer*. Ils se sont considérés comme victimes d'une hallucination et ont préféré s'en détourner. Bien évidemment, ce n'était ni la table, ni le crâne, mais simplement eux-mêmes !

La description que font les personnes de ce qu'elles ont perçu est particulièrement intéressante. La perception commune – alternance expansion-rétraction – est considérablement modulée par des variations concernant le rythme, l'amplitude, et la direction privilégiée. De ce qui est verbalisé, on peut tirer ce qui suit :

- tous sentent une expansion-rétraction ;
- d'une personne à l'autre, cette expansion-rétraction présente souvent de notables variations aussi bien en direction qu'en amplitude et en symétrie ;
- les rythmes sont généralement disparates, ce qui tendrait à montrer que le rythme décrit comme 8-12 par minute n'est pas systématiquement commun ;
- ces variations existent aussi bien chez les non-ostéopathes que chez les étudiants ou les professionnels en ostéopathie, démontrant que ce n'est pas l'expérience professionnelle qui est ici dominante, mais simplement l'aptitude à percevoir.

PLUS LOIN AVEC LE BALLON

L'idée d'aller plus loin avec cette expérience que la simple perception de l'expansion-rétraction tissulaire est venue à la suite d'un événement fortuit : alors que je m'amusais à ressentir l'expansion du ballon, j'entendis un violent coup de frein venant de

la rue. Instantanément, en même temps que la sensation physique désagréable habituelle dans ce genre de situation, je ressentis une sidération dans le ballon. Cela me surprit parce que l'expansion rétraction de l'impulsion rythmique nous avait toujours été présentée comme invariante. Un nouveau dogme s'effondrait… À la suite de cela, furent mises au point plusieurs expériences reliées à l'attention dont voici l'essentiel.

L'attention

L'attention sur le corps. En état de perception du ballon, il est demandé de déplacer alternativement l'attention sur différentes parties du corps. Précisons bien qu'il ne s'agit pas de se représenter mentalement la partie (en utilisant une représentation anatomique par exemple), mais de porter l'attention directement sur la partie du corps par exemple, le foie, le cœur, la sacro-iliaque droite, puis gauche, le pied gauche, puis droit, etc. Après avoir porté l'attention sur une partie du corps et avoir noté ce qui se passe dans le ballon, il faut ramener l'attention au *neutre* (sur le ballon ou le corps entier) et laisser se réinstaurer le rythme et l'amplitude correspondants avant de porter l'attention sur une autre partie du corps.

Ce qui est rapporté. Tous les participants rapportent des altérations dans l'amplitude ou le rythme du mouvement perçu dans le ballon lorsqu'ils portent leur attention sur certaines parties du corps.

Les zones du corps sont variables, ainsi que les changements dans la perception. Selon les individus et les régions, la variation peut porter sur le rythme, l'amplitude ou les deux, être faible ou importante, aller vers l'augmentation ou la restriction.

L'attention sur une personne. Lorsque la perception stable de l'impulsion rythmique tissulaire est présente, on demande aux participants de penser à une personne avec qui la relation est problématique et de noter ce qui se passe dans le ballon. Laisser cette évocation, accorder le temps à la perception *neutre* de revenir et penser alors à une personne avec qui la relation est actuellement particulièrement harmonieuse. Noter ce qui se passe dans le ballon, laisser cette évocation et attendre le retour de la perception *neutre*.

L'attention sur une situation. On demande ensuite aux participants de faire la même chose mais de penser cette fois alternativement à un problème ou une difficulté de vie présente ou passée puis, après avoir pris un temps permettant à la perception de revenir au *neutre* à un succès ou une particulière réussite. Noter à chaque fois ce qui se passe dans le ballon.

Attention guidée. Les participants sont centrés sur la perception de leur impulsion rythmique tissulaire dans le ballon. Il leur est demandé de se représenter comme vivant une situation, proposée par l'instructeur du cours, tout en ressentant ce qui se passe dans le ballon. La situation est la suivante : s'imaginer au bord de la mer, allongé sur le sable tiède, à l'ombre de quelque parasol, un doux zéphyr caressant la peau. Puis, s'imaginer se levant, marchant vers, puis le long du rivage, de plus en plus vite, se mettre à courir, plus vite, le plus vite possible, puis ralentir, la course, se remettre à marcher, retourner sur le sable s'allonger et laisser le rythme primaire revenir à son point de départ. Il est demandé de noter les changements survenant au cours des différentes étapes de l'évocation.

Ce qui est rapporté. À chaque fois que la personne porte son attention sur la relation difficile ou sur le problème, la perception décrite dans le ballon est généralement une sidération, une fermeture, une perte d'amplitude, avec un rythme devenant plus rapide. Cette perception dans le ballon s'accompagne souvent d'une sensation corporelle désagréable de durcissement et de perte d'espace vital. Au contraire, l'évocation de la personne aimée ou de la situation de succès provoque une augmentation de l'amplitude et un ralentissement du rythme, la plupart du temps accompagnée d'une sensation corporelle agréable de dilatation, d'expansion.

L'évocation de la course sur la plage est souvent décrite avec le passage d'un temps de mouvement tranquille et ample dans le ballon (allongé à l'ombre) pour passer à un mouvement qui s'accélère et dont le rythme augmente au fur et à mesure que la course s'accélère pour devenir très rapide et quasiment sans amplitude au plus rapide de la course, pour se calmer et revenir ensuite comme au début lorsque c'est le repos sur le sable qui est évoqué.

Ce que nous pouvons déduire de cette pratique

Selon le placement de l'attention, la perception de l'impulsion rythmique tissulaire change :

- lorsque l'attention est placée sur quelque chose de *positif* (du point de vue de la personne qui expérimente), la perception renvoie de l'aisance et de l'augmentation d'amplitude ;

- lorsque l'attention est placée sur quelque chose de *négatif*, la perception renvoie de la restriction et une diminution d'amplitude ;
- l'altération se manifeste aussi bien lorsque l'attention se porte sur quelque chose de *physique* (organe corporel) que sur quelque chose de *mental* (situation de vie, souvenir, personne, etc.) ;
- il semble exister un *Je* indépendant du corps qui contrôle l'attention et la perception. Le ballon fournit à ce *Je* un feed-back qui lui permet de ressentir ce qui se passe dans le corps.

L'intention

Ayant expérimenté que l'impulsion rythmique tissulaire variait selon le placement de l'attention, il a semblé logique de rechercher s'il était possible de l'influencer volontairement. Je me suis alors rendu compte que j'étais capable, par une induction consciente de modifier au moins provisoirement certains paramètres de l'impulsion rythmique.

Intention et expansion rétraction. Lorsqu'ils perçoivent leur impulsion rythmique tissulaire dans le ballon, il est demandé aux participants de verbaliser fortement mentalement à leur structure corporelle d'entrer en expansion. Noter ce qui se passe dans le ballon, laisser revenir à l'impulsion *neutre* et pratiquer la même expérience dans le sens de la rétraction en demandant la fermeture.

Ce qui est rapporté. Tous les participants rapportent que leur structure tissulaire a tendance à répondre à leur *injonction**. En revanche, la plupart notent une plus grande facilité de réponse soit vers l'expansion, soit vers la rétraction. L'intention doit être ferme et claire.

Induction d'une torsion. Il est maintenant demandé aux participants d'induire de la même manière que plus haut une torsion de la symphyse sphéno-basilaire. On demande de procéder ainsi : lorsque la perception dans le ballon est au neutre, demander de verbaliser mentalement à la structure corporelle une torsion vers un côté (au choix pour chacun des participants). Accompagner le mouvement de réponse tissulaire, laisser revenir, laisser le *neutre* se réinstaller, puis demander la torsion de l'autre côté.

Ce qui est rapporté. Le ballon renvoie le mouvement de torsion demandé, mais la plupart du temps, les réponses ne sont pas symétriques. Un côté est privilégié, plus facile que l'autre.

Autres inductions et empilement. L'exercice est recommencé avec les autres altérations du mouvement de la symphyse sphéno-basilaire. Il est même proposé aux participants d'empiler les altérations en allant successivement vers la liberté dans chacune des directions (flexion-extension, torsion, latéroflexion-rotation, cisaillement [*strain*] latéral et vertical) et de maintenir le ballon dans la position privilégiée. Par exemple, à la demande formulée de flexion-extension, le ballon va plus librement vers l'extension. On le suit en encourageant la structure corporelle dans cette direction, et on maintient, sans *donner de mou*. À partir de cette position, on demande la torsion et on accompagne structures corporelles et ballon vers le côté libre, et on maintient sans *donner de mou*, etc.

Ce qui est rapporté. Après avoir *empilé* les directions privilégiées, les participants s'aperçoivent que la structure tissulaire, par l'intermédiaire du ballon semble leur indiquer une *marche à suivre* qu'ils suivent dans le ballon, avec l'impression que quelque chose se passe dans le corps, jusqu'au retour du ballon en position neutre, un temps d'arrêt et l'apparition d'une expansion souvent très forte, suivi d'un retour plus ou moins rapide au rythme d'expansion-rétraction *neutre*. Il y a souvent perception et verbalisation d'un relâchement profond dans le corps.

Ce que nous pouvons déduire de cette pratique.

- Les expérimentateurs découvrent qu'ils peuvent induire consciemment des altérations dans la perception de leur impulsion rythmique tissulaire et dans le fonctionnement du mécanisme crânien autour de la symphyse sphéno-basilaire. Toutes les altérations de la physiologie peuvent être induites par l'intention (induction). Ainsi, la personne expérimente que les tissus vivants répondent à l'intention. Mais :
- la modification est transitoire, le système semblant retourner spontanément vers un rythme, une amplitude et des directions qui lui sont propres. L'impulsion répondrait donc à un *contrôle* autonome ;
- les tissus répondent comme ils peuvent répondre ; par exemple dans la torsion, un côté exprime plus de facilité. Pour un ostéopathe crânien, ce côté privilégié nomme par convention celui de la *lésion* ;
- la structure vivante répond au modèle que nous projetons en elle et nous ne pouvons projeter que ce dont nous avons une représentation, un modèle ;

- ce que nous projetons, ce ne sont pas des mots, mais des concepts, des représentations. À ce propos, il est particulièrement intéressant de noter que, lorsque certains participants nomment incorrectement l'altération (par rapport à sa dénomination habituellement utilisée), les tissus répondent en fonction du concept qu'ils projettent et non pas en fonction des mots utilisés ;
- comme pour l'attention, cette expérimentation semble suggérer l'existence d'un *Je* indépendant du corps qui contrôle l'attention, l'intention et la perception. Le ballon fournit à ce *Je* un feed-back qui lui permet de ressentir ce qui se passe dans le corps.

DÉFINITIONS DE L'ATTENTION ET DE L'INTENTION

Nous avons jusqu'alors procédé en utilisant une terminologie incomplètement définie. Nous n'avons en effet pas cherché à préciser ce que voulaient exactement dire les mots *attention* et *intention*. Pourtant, l'expérience fonctionne, indiquant que ces mots se rapportent à des concepts et actions connus de tous, que nous utilisons de manière courante, sans nous interroger sur leur signification. Attention et intention semblent donc évoquer des concepts évidents pour tous. Mais lorsque nous nous interrogeons pour tenter de définir précisément ce qu'ils signifient, les difficultés commencent : « *Tout ce qui passe pour évident cache toujours quelque chose qui ne l'est pas.* » (Valéry in Favre, 1994, 210.)

Définition de l'attention

Le dictionnaire nous donne de l'attention les définitions suivantes : « *Action de se concentrer sur quelque chose ou sur quelqu'un, de s'appliquer; vigilance.* » (Larousse.) « *Du lat.* attentio, *de* attendere *"tendre vers". Action de fixer son esprit sur quelque chose; concentration de l'activité mentale sur un objet déterminé.* » (Robert.) Ces définitions ne recouvrent qu'une partie de ce que nous avons expérimenté dans nos exercices avec le ballon. C'est probablement l'analyse de ce que nous avons fait qui nous apportera le plus d'éclaircissements.

Dans ces exercices, l'attention a effectivement permis de fixer notre esprit sur quelque chose (matériel pour le corps, immatériel pour le mental). L'attention nous a donc permis de circonscrire un espace de perception. Un autre exemple permettra de mieux comprendre ce que fait l'attention. Je pénètre dans une grande pièce où se donne une soirée. Au moment où j'entre dans la salle, mon attention est globale et je perçois sans grande précision un ensemble de stimuli sensoriels me parvenant de la salle : lumières, couleurs, sons, mouvements, odeurs, etc. Puis soudain, je remarque un ami et à partir du moment où je l'ai remarqué, se produisent plusieurs phénomènes intéressants. Le premier est que je circonscris mon espace de perception qui se restreint pour ne plus englober que moi, l'espace qui me sépare de mon ami et mon ami. J'ai créé une bulle, un espace *fermé* dont la frontière n'est pas perceptible directement, mais existe bel et bien. En même temps, alors même que tous les stimuli sensoriels continuent d'exister, je ne les remarque plus pour me concentrer sur ceux qui émanent directement de mon ami.

La première remarque qui peut être faite, c'est que l'attention n'est pas une activité du corps. En effet, le corps, en tant que récepteur sensoriel assure les fonctions qu'il est supposé assurer à ce niveau : recevoir l'information. En revanche, l'activité de détermination de l'espace de perception et de discrimination de stimuli privilégiés émane d'une autre entité que nous appellerons *Je*, conscience ou être qui semble différenciée du corps.

Notre définition de l'attention. Nous définirons donc l'attention comme la projection de l'être (*Je*) dans l'espace physique, déterminant d'une part un espace virtuel fermé – un champ d'attention – dans lequel il perçoit, et discriminant d'autre part les stimuli sensoriels auxquels il s'intéresse. Avec l'attention, *Je* détermine d'*où* il perçoit (espace) et *quoi*, c'est *ce* que *Je* perçoit (type de stimulus).

En définissant ainsi l'attention, nous ne prétendons ni cerner, ni définir totalement le concept d'attention. Ce qui nous intéresse, c'est de poser notre référence concernant l'attention, décrivant ce que nous faisons en l'utilisant et précisant ce que nous entendons par *poser ou focaliser l'attention*. Dans la suite de ce livre, c'est ce concept d'attention qui sera utilisé.

Définition de l'intention

Le dictionnaire nous donne de l'intention les définitions suivantes : « *latin* intentio *(action de diriger vers). Dessein délibéré d'accomplir tel ou tel acte, volonté.* »

(Larousse.) « *Fait de se proposer un certain but – dessein ferme et prémédité – but même qu'on se propose d'atteindre.* » (Robert.) Ces définitions sont plus précises que pour l'attention. L'analyse de ce que nous avons fait nous apportera des éclaircissements supplémentaires.

Lorsque nous avons formulé l'intention d'obtenir une altération dans le mouvement de la symphyse sphéno-basilaire, nous avons placé l'attention sur le corps, ou le ballon, et ce qui a changé d'une demande à l'autre, c'est simplement le dessein, ce que nous voulions obtenir. Et nous avons obtenu une réponse de la structure vivante en rapport direct avec le dessein (intention) que véhiculait notre attention.

Notre définition de l'intention. Nous définirons donc l'intention comme une *modulation* de l'attention*, à laquelle nous donnons un sens, une forme. Avec l'intention, nous envoyons une information dans l'espace que nous avons choisi d'occuper. L'intention nous permet de formuler une demande. La structure vivante répond à l'intention, mais elle répond selon ses possibilités du moment.

En définissant ainsi l'intention, ce qui nous intéresse, c'est de poser notre référence, décrivant ce que nous faisons en l'utilisant et précisant ce que nous entendons par *formuler l'intention de…* Dans ce livre, c'est ce concept d'intention qui sera utilisé.

Nous remarquons que les deux mots, *attention* et *intention* sont construits autour de *tension*. La différence est dans le préfixe *at* (vers) ou *in* (dans). Nous considérons qu'attention et intention sont indissociables l'une de l'autre et reliées à l'activité fondamentale de la conscience, de *Je*, l'être. Par l'attention, il se projette dans l'espace physique, créant un espace virtuel de perception, et par l'intention, il donne une forme un dessein, un modèle particulier à sa projection, il informe.

TESTER SUR UN AUTRE

Bien évidemment, l'objection immédiate surgissant à la suite des pratiques sur le ballon est que cela concerne la perception de soi-même et n'est pas forcément applicable à un autre. Nous avons donc testé les mêmes paramètres en créant un tandem praticien-patient, le praticien placé à la tête du patient, contactant le crâne comme il le ferait dans l'approche crânienne classique.

L'attention avec un patient

L'attention sur le corps. Une fois qu'il perçoit l'impulsion rythmique tissulaire, le praticien s'accorde avec elle, c'est-à-dire qu'il suit le plus fidèlement possible les mouvements d'expansion-rétraction, sans chercher à les influencer. Lorsqu'il se sent en bonne communication avec le crâne de son patient, il projette son attention (il se projette donc, d'après ce qui a été dit plus haut) dans différentes zones corporelles du patient. Il doit prendre le temps entre deux projections de laisser le système tissulaire du patient revenir à son expression *neutre*. Nous insistons également à nouveau sur le fait qu'il s'agit bien d'une projection de l'attention dans un espace corporel et non d'une représentation de quelque zone anatomique dont le praticien aurait l'image mentale. Il note les altérations éventuelles survenant suite à la projection de l'attention dans les différentes régions du corps de son patient.

Ce qui est rapporté. D'une manière générale, la perception de l'impulsion est ressentie comme moins flagrante qu'avec le ballon, ce qui est logique si l'on retient l'idée que le ballon amplifie le phénomène. Ensuite, les praticiens notent des altérations similaires à celles qu'ils notaient dans les projections sur leur propre corps. Ces altérations ne sont pas non plus systématisables, et varient considérablement selon patients et régions *visitées*.

L'attention sur une personne ou une situation. Nous allons maintenant demander au patient d'évoquer mentalement et alternativement des personnes avec qui la relation est difficile, et harmonieuse, des situations problématiques et à succès. Mais il lui est demandé de le faire aléatoirement et sans indiquer à la personne qui est à sa tête à qui ou à quoi il pense. Pour que cette pratique fonctionne et soit profitable, il est nécessaire de respecter un protocole simple : le patient doit tout d'abord attendre que le praticien ait eu le temps d'établir une bonne perception de son impulsion tissulaire. Il doit donc attendre l'indication du praticien avant de se lancer dans ses évocations mentales. Il est ensuite nécessaire de laisser le temps aux tissus de revenir à leur *neutre* entre deux évocations, ce qui sera indiqué par le praticien se trouvant à la tête.

Ce qui est rapporté. Dans la plupart des cas, le praticien sait parfaitement reconnaître le moment où son patient pense à une personne ou une situation problématique. Les changements induits dans les tissus par l'évocation de situations ou personnes harmonieuses sont parfois moins évidents à reconnaître.

Ce que nous pouvons déduire de cette pratique

- Selon que le praticien place son attention sur différentes régions corporelles de son patient, sa perception se modifie. Bien qu'apparemment simple peut-être même simpliste, cette conclusion comporte de nombreuses implications, puisqu'elle nous indique que notre perception est directement la conséquence de la localisation de notre attention. Il en découle que le contrôle conscient de l'attention est capital, préalable à une possible interprétation de ce qui est perçu. Nous pouvions certes le supposer mais sans doute pas avec cette acuité.
- La perception du mécanisme crânien de notre patient dépend également de ce que fait le patient avec son intention et son attention : selon qu'il pense à des situations ou personnes pour lui *positives* ou *négatives*, il induit une modification de l'impulsion rythmique tissulaire, perceptible par le praticien qui est à sa tête.
- Cette perception est plus nette lors des évocations considérées comme *négatives* par le patient.
- Nous en concluons que praticien et patient, par leur attention, peuvent induire des modifications dans la perception de l'impulsion rythmique tissulaire.

L'intention avec un patient

Les positions respectives du praticien et du patient ne changent pas, le praticien placé à la tête du patient contactant le crâne comme il le ferait dans l'approche crânienne classique.

Intention et expansion-rétraction. Une fois qu'il perçoit l'impulsion rythmique tissulaire, le praticien s'accorde avec elle, c'est-à-dire qu'il suit le plus fidèlement possible les mouvements d'expansion-rétraction, sans chercher à les influencer. Lorsqu'il se sent en bonne communication avec le crâne de son patient, il verbalise fortement mentalement à la structure corporelle de son patient d'entrer en expansion. Il note ce qui se passe dans le crâne de son patient et laisse revenir au *neutre* puis pratique la même expérience dans le sens de la rétraction en demandant la fermeture.

Ce qui est rapporté. Les participants rapportent que la structure tissulaire du patient a tendance à répondre à leur injonction. En revanche, la plupart notent une plus grande facilité de réponse soit vers l'expansion, soit vers la rétraction. L'intention doit être ferme et claire. Quelle que soit la direction privilégiée, la réponse de la structure vivante est limitée par sa nature matérielle qui l'empêche d'aller plus loin.

Induction d'une torsion. Le praticien va maintenant induire de la même manière que plus haut une torsion dans le mécanisme crânien de son patient. Il attend d'être bien accordé à l'impulsion rythmique tissulaire de son patient puis, l'attention étant bien focalisée sur le crâne de son patient, demande alors verbalement mentalement à la structure corporelle une torsion vers le côté de son choix. Il accompagne le mouvement de réponse tissulaire dans le crâne du patient, laisse revenir, laisse le temps au *neutre* de se réinstaller, puis demande la torsion de l'autre côté.

Ce qui est rapporté. Le crâne du patient va vers la direction de torsion demandée, mais la plupart du temps, les réponses ne sont pas symétriques. Un côté est privilégié, plus facile que l'autre. Le temps que dure le mouvement de la structure est variable, mais la réponse survient extrêmement rapidement, presque en même temps que la formulation de l'intention.

Autres inductions et empilement. L'exercice est recommencé avec les autres altérations du mouvement de la symphyse sphéno-basilaire. On demande au praticien d'empiler les altérations en accompagnant les structures vers la liberté dans chacune des directions (flexion-extension, torsion, latéroflexion-rotation, cisaillement [*strain*] latéral et vertical) et de maintenir le crâne du patient dans la position privilégiée. Par exemple, à la demande formulée de flexion-extension, le crâne va plus librement vers l'extension. Le praticien le suit en encourageant la structure corporelle dans cette direction jusqu'au bout du mouvement spontanément proposé par les tissus et maintient, *sans donner de mou*. À partir de cette position, il demande la torsion et accompagne les structures crâniennes vers le côté libre jusqu'au bout de leur mouvement spontané et maintient sans *donner de mou*, etc.

Ce qui est rapporté. Le crâne du patient suit les injonctions du praticien, mais il le fait comme il peut, c'est-à-dire qu'il va plus librement dans certaines directions que dans d'autres. Après avoir *empilé* les

directions privilégiées, le praticien s'aperçoit que le crâne du patient semble lui indiquer *une marche à suivre* qu'il suit jusqu'au retour en position neutre qui se marque par un temps d'arrêt suivi par l'apparition d'une expansion souvent très nette, puis d'un retour plus ou moins rapide au rythme d'expansion-rétraction *neutre*. Le patient perçoit souvent un relâchement corporel profond.

La plupart des praticiens notent que les réponses sont extrêmement rapides. À peine l'intention est-elle formulée que le mouvement démarre. Ils doivent donc apprendre à contrôler leur intention.

Ce que nous pouvons déduire de cette pratique

- Les expérimentateurs découvrent qu'ils peuvent induire consciemment des altérations dans la perception de l'impulsion rythmique crânienne de leur patient et dans le fonctionnement du mécanisme crânien autour de la symphyse sphéno-basilaire. Toutes les altérations de la physiologie peuvent être induites par l'intention (induction). La personne expérimente ainsi que les tissus vivants répondent à l'intention. Mais :
- la modification est transitoire, le système semblant retourner spontanément vers un rythme, une amplitude et des directions qui lui sont propres ;
- les tissus répondent comme ils peuvent répondre ; par exemple dans la torsion, un côté exprime plus de facilité. Pour un ostéopathe crânien, ce côté privilégié nomme par convention celui de la *lésion* ;
- c'est en *comparant* les réponses faisant suite à nos demandes que nous pourrons *obtenir une information signifiante* ;
- même chez une autre personne, la structure vivante répond aux modèles que nous projetons en elle et nous ne pouvons projeter que ce dont nous avons une représentation, un modèle ;
- ce que nous projetons, ce ne sont pas des mots, mais des concepts, des représentations. À ce propos, il est particulièrement intéressant de noter que lorsque certains participants nomment incorrectement l'altération (par rapport à sa dénomination habituellement utilisée), les tissus répondent en fonction du concept qu'ils projettent et non pas en fonction des mots utilisés.

Nous avons également essayé le même exercice, les différentes altérations de mouvement étant induites par le patient. Lorsque le protocole est strictement respecté, les tests sont globalement positifs, mais les perceptions souvent moins nettes. Nous n'avons pas poussé plus loin dans cette voie parce que cette situation ne correspond pas à la réalité de la situation thérapeutique : la plupart des patients ignorent le concept de mobilité de la symphyse sphéno-basilaire et n'ont donc pas tendance à induire consciemment d'altération à son niveau. Il nous a semblé plus judicieux et gratifiant de nous cantonner à ce qui se passe dans une situation thérapeutique réelle.

QUESTIONS / RÉPONSES

Ces pratiques, bouleversant des modes opératoires appris avec souvent beaucoup de difficultés, soulèvent en général une foule de questions. Pour rendre l'exposé des choses plus vivant, j'ai préféré laisser cette partie sous forme d'un échange de questions et de réponses tels qu'il se présente souvent en séminaire.

Ce que vous nous proposez est purement et simplement une induction. Or, dans nos cours d'enseignement, on nous met sans cesse en garde contre l'induction. On nous interdit même d'induire !

Cette attitude est consécutive à la méconnaissance des processus relationnels associés à la vie. Il est impossible de communiquer sans induire. J'aimerais citer Paul Watzlawick : « *On imagine mal un comportement, quel qu'il soit, face à une autre personne, qui ne serait pas une communication de la façon dont on voit sa relation à cette autre personne, et, par conséquent, une influence sur elle. L'analyste qui reste silencieusement assis derrière son patient allongé, ou le thérapeute "non directif" qui "ne fait que" répéter les paroles de son patient, exercent une influence colossale du seul fait de cette attitude, d'autant plus qu'on la définit comme n'exerçant "aucune influence". Le problème n'est donc pas d'éviter l'influence et la manipulation, mais de les comprendre mieux et de les utiliser dans l'intérêt du patient.* » (Watz-

lawick, 1975, 14.) Bien que cette citation concerne plus particulièrement la thérapie psychologique, je crois vraiment qu'elle s'applique à toute relation, y compris la nôtre.

Penser qu'il est possible de communiquer sans induire est une utopie, et s'engager dans cette utopie conduit à un comportement irréaliste nous laissant penser que nous n'induisons pas en communiquant. Comme la structure vivante répond à notre présence, que nous en ayons conscience ou non, si nous refusons l'idée d'induire, nous ne pouvons interpréter correctement les choses qui se produisent parce qu'elles se produisent à notre insu.

Une meilleure solution consiste à accepter l'induction comme inéluctable et à adopter l'attitude qui nous permettra de contrôler une partie de la relation : *induire consciemment*. Seule l'induction consciente nous permet d'interpréter les réponses avec quelque fiabilité.

Évidemment, ce changement d'attitude oblige le praticien à s'impliquer dans la relation thérapeutique d'une manière qu'il n'avait peut-être pas envisagée auparavant. Il est alors plus facile d'adopter l'attitude de refus et de se penser en dehors de cela, mais je crois que cela ne correspond pas à la nature des choses. Par ailleurs, cela me semble peu conforme à l'idée ostéopathique qui développe un point de vue plus *humain* de la relation thérapeutique.

Si c'est une induction, je peux sentir chez mon patient ce que j'ai envie de sentir !

Cela n'est vrai qu'en partie : lorsque vous avez induit ou demandé une torsion, vous l'avez obtenue. Mais la structure corporelle de votre patient n'a pas répondu de manière égale des deux côtés. Elle a donc répondu comme vous le vouliez, mais seulement dans les limites de ses possibilités compte tenu de son état du moment. C'est la comparaison de deux informations qui vous apporte le renseignement que vous cherchez. Si vous vivez consciemment le phénomène inéluctable de l'induction, vous pouvez le contrôler. C'est seulement lorsqu'il n'y a pas la conscience que l'aléatoire prend le dessus.

D'après ce que nous avons senti avec les ballons, nous induisons également chez notre patient notre état personnel de dysharmonie. Ce que nous sentons chez lui est-il son problème ou le nôtre ?

Il est certain que le praticien induit inconsciemment des choses qui lui sont propres. La réponse à cette question comporte à mon avis deux volets. Dans l'expérience avec les ballons, notre attention était centrée sur nous-mêmes, et nous étions le seul protagoniste de la situation. Lorsque nous travaillons avec le patient, notre attention est dirigée vers lui donc à l'extérieur de nous, ce qui fait que la perception vient de lui de manière privilégiée. En travaillant avec les patients tout à l'heure, avez-vous strictement retrouvé les mêmes tendances tissulaires que celles que vous perceviez sur le ballon ? [La réponse est négative.] Cela veut donc dire que votre état tissulaire personnel n'a pas empêché le patient de vous communiquer le sien.

La deuxième partie de la réponse est que, bien évidemment, le tandem praticien-patient correspond à la réunion de deux mondes, deux univers – celui du praticien et celui du patient – et qu'étant donné la complexité de ces univers, cette réunion produit des interactions qui nous échappent, de sorte qu'une partie de la relation est totalement originale et non reproductible du fait à la fois des personnalités respectives du praticien et du patient et de leur état et condition du moment. Nous sommes évidemment bien loin de la sacro-sainte reproductibilité scientifique. Mais, une fois la conscience de cela établie, nous pouvons mieux le gérer que si nous n'en sommes pas conscients. Je crois que le reste de notre propos apportera des éléments signifiants à cette argumentation.

L'interactivité est-elle inéluctable ?

Je le crois. D'ailleurs, notre démarche pédagogique consiste à rendre *conscient* ce phénomène qui est l'essence même de la vie. Alors que nous avons toujours cru ou feint de croire que nous pouvions nous tenir à la tête de notre patient tel un observateur impartial et objectif, nous découvrons que nous sommes directement impliqués dans le phénomène de la perception et que l'information que nous recevons provient directement de ce que nous induisons – consciemment ou inconsciemment – dans la structure de l'autre et lui dans la nôtre.

Cela rejoint les propos des physiciens les plus avancés : « *Le physicien de Princeton, John A. Wheeler, pense que le terme d'observateur devrait être remplacé par celui de participant. Ce remplacement, selon lui, devrait explicitement souligner le rôle nouveau que la conscience joue dans la physique. Au lieu de refuser l'existence d'une réalité objective, il affirme au contraire que la réalité objective et la réalité subjective se fabriquent, en quelque sorte, l'une l'autre. Elles forment des systèmes "auto-excités", et ne sont amenées à exister que par "autoréférence". Il écrit : "Se peut-il que l'univers, grâce à une perception singulière, soit amené à exister par la participation de ceux qui participent ? [...] L'acte vital est l'acte de participation. Le participant est un nouveau concept qui nous est donné par la mécanique quantique. Il chasse le terme d'observateur de la théorie*

classique, cet homme qui se tenait à l'abri derrière la vitre et regardait ce qui se passait sans y prendre part. Il ne peut en être qu'ainsi, c'est la mécanique quantique qui le dit". » (Talbot, 1984, 46.)

Ce que nous projetons chez notre patient, ce sont nos modèles et nos représentations personnels. Il peut s'agir d'anatomie, de physiologie, mais également de notre manière d'envisager la vie en général. Nous opérons donc avec un référentiel complexe, plus ou moins conscient, et les réponses que nous obtenons de ses tissus sont directement *orientées* par lui.

Cette conscience est donc essentielle. Elle présente un aspect positif : elle met en exergue l'importance de nos représentations anatomiques, physiologiques... Notre savoir, notre connaissance prennent alors toute leur valeur. Elles nous servent de référentiel perceptif et les réponses que nous obtenons provenant des tissus de nos patients, sont directement influencées par la qualité de notre savoir.

Cette conscience fait également ressortir un aspect plus négatif : elle nous permet d'imaginer que nous projetons également nos limites et les tissus vivants répondent par conséquent dans le strict cadre de nos propres limites... J'irais même plus loin en disant que nos tissus manifestent sans doute nos limites...

Enfin, cette conscience est à rapprocher des exhortations de Still nous demandant instamment de nous préoccuper de santé : « *Trouver la santé devrait être l'objectif du docteur. N'importe qui peut trouver la maladie.* » (Still, 1999, 31.) Ce que confirme Sutherland : « *Vous avez besoin de l'image mentale du parfait pour vous guider, mais il n'est pas bénéfique de tenter d'imposer l'idéal que vous connaissez à la tête que vous soignez.* » (Wales ed., 1990, 7.)

Cette attitude d'esprit va directement à l'encontre de la démarche médicale actuelle, orientée vers le symptôme et la pathologie. « *Rappelez-vous ceci : un cheval qui cherche sans cesse les imperfections ne trouve jamais une route unie.* » (Still, 1999, 203.)

Ainsi pouvons-nous comprendre la multitude des perceptions possibles émergeant de l'interaction thérapeutique et mettre l'accent sur *l'importance de rendre tout cela le plus conscient possible.*

« *Un célèbre chef d'orchestre a dit que le chef ordonne à une image sonore de la symphonie du compositeur de se manifester et attend des musiciens de l'orchestre qu'ils fournissent cette image sonore vivante en réponse à l'ordre. Existe-t-il une différence entre cela et le fait de poser vos mains sur un patient, d'entrer en contact avec un mécanisme fluide et vivant et de demander une réponse aux tissus ? Les musiciens sont les multiples tissus concernés, et ils vont répondre à votre ordre et coopérer avec vous pour manifester la perfection que vous essayez d'atteindre pour la santé du corps. C'est magnifique.* » (Brooks ed., 1997, 263.)

D'après ce qui a été expérimenté et dit, pour être un bon ostéopathe, il faudrait donc être physiquement et mentalement parfait !

Ce serait évidemment l'idéal, mais c'est totalement irréaliste ! Nous devons apprendre à travailler avec ce que nous sommes. C'est la conscience de ce qui se passe réellement qui peut le plus nous aider.

Cela étant, il est bien vrai que les praticiens auraient grand intérêt à s'occuper d'eux. Un praticien doit être patient ! Des éléments développés ultérieurement dans ce livre renforceront cette idée. Je suis d'ailleurs très étonné en constatant à quel point les praticiens se négligent eux-mêmes. Comme si le statut de praticien nous conférait un quelconque avantage sur les autres humains ! Ce point sera développé dans le chapitre consacré au praticien.

Pourquoi ne nous enseigne-t-on pas cela dès le début de notre formation ? Cela rendrait les choses plus faciles !

C'est l'enseignement de l'ostéopathie lui-même qui mérite réflexion ! Il faut en premier lieu noter que les enseignants en ostéopathie n'ont pour la plupart reçu aucune formation pour enseigner. Quelles que soient leurs motivations, il en va de l'enseignement comme de l'ostéopathie : même si une bonne partie ressortit à l'art, il existe des techniques qui peuvent s'apprendre.

Par rapport à l'enseignement, une chose semble évidente : on ne peut enseigner que ce que l'on connaît, ce dont on a conscience. Or, les enseignants d'aujourd'hui sont les étudiants d'hier à qui personne n'a appris la palpation. Le plus grand précepte reçu à ce propos fut sans doute : « *Pose les mains et attends.* » Ceux qui ont eu la chance de sentir spontanément n'ont pas eu la peine de chercher comment faire. Ils sentent, mais n'ont pas conscience de ce qu'ils font pour ressentir et contrôler leur palpation. Comme Monsieur Jourdain faisait de la prose, ils font de la palpation. Impossible d'enseigner un savoir-faire qui n'a pas été conscientisé.

Parmi ceux qui ont eu des difficultés, certains n'ont pas trouvé de solutions et se sont carrément détournés des pratiques nécessitant une palpation des tissus en mouvement. Ils en sont venus à considérer tout cela comme foutaise et magie. Ils sont parfois très vindicatifs par rapport à ces approches. Il n'y a donc pas d'aide à rechercher de leur côté pour la palpation.

Il y a enfin ceux qui, ne sentant pas, se sont acharnés pour parvenir à une palpation fiable. La majorité y est parvenue à coup d'essais successifs et a fini par retenir ce qui fonctionnait, rejetant le reste. Mais si on apprend ainsi à faire quelque chose, on n'apprend pas forcément *comment* on l'a fait. On acquiert un *savoir-faire*, mais pas forcément la conscience du *savoir-être* correspondant. N'ayant pas conscience de l'intimité des phénomènes mis en jeu dans la palpation, il est très difficile de l'enseigner. La littérature ostéopathique illustre particulièrement cela : « *La plupart des auteurs décrivent ce qu'ils sentent, sans jamais dire* comment *ils font pour sentir ce qu'ils sentent. Évidemment, un homme comme Sutherland, immergé qu'il était dans son sujet, ne se posait certainement pas ces questions. Les gens qui l'ont suivi les ont sans doute résolues suffisamment pour ne plus se les poser non plus.* » (Tricot, 2000, 43.)

Les enseignants se cantonnent donc à enseigner ce qu'ils connaissent et maîtrisent suffisamment, et c'est ainsi que la palpation a été particulièrement négligée dans l'enseignement de l'ostéopathie. Comme par ailleurs la palpation n'est pas bien maîtrisée, certains ressentis sont étranges, ininterprétables et parfois troublants. Cela réactive nos peurs. Dans ces cas-là, la réponse la plus souvent utilisée c'est l'évitement, qu'il faut justifier. Il faut tout justifier dans notre société. Une splendide justification est que tout ça n'est pas scientifique ! La science qui semble donner de la certitude (voir le cône) nous permet d'éviter toutes les incertitudes qui vont avec l'être, donc avec la vie. Mais, hélas, elle ne nous apprend rien sur l'être, c'est-à-dire sur la vie elle-même !

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE MAINTENANT

Nous allons justement parler de l'être !

> *« Nos expériences sont tout ce que nous vivons : des sensations, des perceptions, des émotions, des pensées qui viennent, des paroles prononcées, des gestes accomplis, etc.* [...] *Le paradoxe de l'expérience est qu'elle est toujours vraie, sans avoir pourtant d'existence par elle-même ! Je m'explique. La sensation de mon corps est réelle, cela ne fait pas de doute, d'autant que cela va parfois jusqu'à me faire éprouver des douleurs extrêmement vives. Pourtant, cette sensation n'a aucune existence par elle-même, parce qu'il n'y a pas de réalité objective, pas de matière solide ni d'espace réel, qui puissent faire que ce corps existe en tant que tel. Tout ceci n'est qu'image dans le miroir, sans consistance, évanescente. Ce qui existe vraiment, ce qui dure, c'est l'ensemble des croyances qui lui donnent naissance, qui la projettent. Nous sommes faits de croyances, qui engendrent nos expériences, lesquelles en retour les révèlent. »*
>
> (Zartarian, 1997, 49.)

ÊTRE 5

« C'est grâce à sa propre force que cette vie agit et bouge dans cet être.
La vie est individualisée.
Puissance individuelle reconnue comme étant la vie
de cet homme ou de cet animal,
son action est limitée et ne peut s'étendre
au-delà de l'homme ou de l'animal qu'elle gouverne. »
A. T. Still, *Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy*, p. 255.

Dans le n° 4 de la revue belge *Thinking*, Jacques Andréva Duval dit quelques mots de Rollin Becker et de l'expérience vécue avec lui. Il propose quelques citations dont celle-ci : *« Toutes les cellules ont deux choses en commun : 1/ une* philosophie*, *2/ un but. En tant que philosophie, elles sont universelles : elles obéissent aux mêmes lois ; en tant que but, elles ont simplement une action spécifique (cellules du foie, du système nerveux, etc.). Et nous, en tant qu'ostéopathes, nous acceptons leur action spécifique, mais nous travaillons avec leur universalité. »* (Duval, 1998, 5.)
Pour l'ostéopathe amoureux viscéral de la globalité, cette proposition est particulièrement intéressante : travailler avec l'universalité cellulaire nous place à un point de causalité, rêve secret de plus d'un praticien. Malheureusement, Becker ne nous précise ni à quoi correspond l'universalité cellulaire, ni ce qu'est la philosophie d'une cellule.

PHILOSOPHIE CELLULAIRE

Est-il possible que des cellules aient une philosophie ? Si oui, de quoi peut-il s'agir ? Quel modèle imaginer pour cela ? Une des possibles définitions du mot *philosophie* pourrait nous convenir : *« Conception de quelque chose fondée sur un ensemble de principes ; ces principes. »* (Larousse.) *« Conception générale, vision plus ou moins méthodique du monde et des problèmes de la vie. »* (Le Robert.) Ramenée à la cellule, la définition se trouve particulièrement réduite. Quels principes fondamentaux, quelles motivations essentielles animent la cellule ? Nous avons retenu *vivre* ou *survivre*, comme sens le plus simple, le plus évident de *continuer d'exister*. Le concept *être* s'est alors imposé, concept qui met à l'épreuve plus d'un neurone humain depuis fort longtemps !

La cellule, une conscience

Avec le concept *être*, nous sommes probablement remontés au plus haut des échelons de la causalité. Mais que veut dire *être* ? Bien entendu, le dictionnaire nous dit beaucoup de choses, mais rien sur l'essence, le mécanisme, l'acte *être*.
Être, exister, découle d'une décision : *Je suis. Je suis*, me définit comme *moi* centre, *fulcrum**, par rapport à un environnement que je considère comme extérieur à moi, différent de moi, défini ou considéré comme *non-moi*. Ainsi, la décision *je suis* crée la dualité. *Je suis* crée l'individuation et en même temps la conscience, celle d'être, d'exister comme séparé d'un environnement considéré comme extérieur.
Consciente, une cellule ? Délire ! Calmons-nous et examinons les faits. Être, c'est se séparer en se créant soi par rapport à un non-soi. C'est s'individualiser. Il y a *différenciation*. Cela rejoint une définition donnée

par Spencer, grand inspirateur de Still, rappelons-le : *« Schelling disait que la vie est la tendance à l'individuation. Cette formule, au premier abord, ne signifie pas grand-chose. Mais il n'y a qu'à l'examiner à la lumière des faits de développement ou du contraste qui sépare les formes inférieures et supérieures de la vie, pour en reconnaître la valeur, et surtout l'étendue.* » (Spencer, 1877, T. 1, 71.) À partir du moment où elle existe, individualisée, la structure vivante *se sait* exister indépendamment de son environnement et son environnement la connaît comme existante. Il y a *conscience**. Ce mot est constitué de deux racines latines : *co* de *cum*, « avec », qui suggère l'association (comme dans coexistence, connaissance, etc.) et *scire*, « savoir ».

Être conscient et en être conscient…

Notre difficulté à imaginer la conscience cellulaire vient du fait que nous associons le concept de conscience à notre capacité à nous regarder être. Nous confondons être conscient et être conscient de notre conscience. Ce concept-là de la conscience est une abstraction que nous projetons inconsciemment dans notre observation du vivant. Comme les espèces dites *inférieures* ne sont (apparemment…) pas douées de la même capacité d'abstraction, nous disons qu'elles ne sont pas conscientes. Elles n'ont simplement pas la même conscience que nous. Il y a confusion de niveau d'abstraction.

Être conscient, c'est exister, tout simplement ; ou exister, c'est être conscient. Les deux sont indissociables. Et vivre, c'est *expérimenter** l'être ou la conscience. On peut donc dire que tout être vivant du plus simple au plus complexe est conscient. De plus, il fera tout pour conserver sa conscience, c'est-à-dire son état d'être ou d'existence. Des mécanismes aussi complexes que l'immunité et l'homéostasie trouvent là leur origine.

La conscience de soi semble aller croissant au fur et à mesure de l'évolution des organismes : *« La "perception du moi", confuse d'abord, puis de plus en plus explicite, apparaît, on peut le supposer, à partir de comportements instinctifs liés à la survie. Mais il est bien difficile d'en dire plus. Les mots, sans doute nous font ici défaut.* » (Reeves, 1986, 186.)

Être conscient de sa conscience semble l'apanage de nous autres, *Homo sapiens*, et nous différencie radicalement des systèmes vivants dits *inférieurs*. D'ailleurs, la possibilité d'être conscient de sa conscience, suggère l'existence d'un *Je* différent de celui de l'organisme, et qui le contrôle, comme le conducteur contrôle sa voiture ou le cocher son attelage, métaphore souvent proposée dans la philosophie hindoue. Mais c'est là une autre histoire sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Un être, c'est l'immobilité

Être, c'est être immobile, centre d'une périphérie en mouvement. *Être*, c'est être fulcrum. *Être*, c'est créer un univers dont *je* est le centre, immobile, fulcrum d'une périphérie en mouvement. Bien entendu, cette immobilité est relative à l'univers dont je suis le centre. Mais telles les poupées russes, il existe une infinité d'êtres, centres immobiles de leur univers, inclus dans d'autres univers, donc mobiles par rapport à un *Je* fulcrum qui les centre, etc. L'immobilité étant la nature même d'un fulcrum, tous ces fulcrums sont *relativement* immobiles. Le seul fulcrum *absolument* immobile serait le Créateur de tout l'univers, le Fulcrum des fulcrum. Mais ceci est également une autre histoire que nous n'aborderons pas ici.

Par ailleurs, *être*, c'est créer des couples, le premier étant *moi/non-moi*. Ainsi, toute création est relative et n'existe que par rapport à son opposé. Ces deux opposés existent l'un par l'autre et sont en constante recherche d'équilibre réciproque. La création du couple logique *moi/non-moi* crée d'autres couples logiques associés : centre/périphérie, immobilité /mouvement, cause/effet, expansion/rétraction, etc.

De l'immobilité au mouvement

Être, c'est se décréter différent ou séparé, s'individualiser donc, mais comment savoir qu'il en est ainsi, c'est-à-dire savoir que l'on continue d'être, autrement dit expérimenter l'état d'être ? Pour cela, il faut un système permettant d'établir, de maintenir ou de sentir en permanence la différence entre le *moi* et *non-moi*. À la cellule, la membrane procure une barrière matérielle, mais si cette barrière sépare (encore la conscience…) un espace intérieur d'un espace extérieur, donne une limite physique à l'individu, elle ne lui permet pas pour autant d'*expérimenter*, de sentir qu'il existe. Elle constitue la structure de l'existence, mais pas encore la fonction.

La sensation d'exister naît de l'échange avec l'extérieur. La dualité *moi/non-moi* crée la dualité *influx/*

*efflux**. L'efflux, ne pouvant être infini, il doit s'inverser, ce qui donne un influx cherchant à équilibrer la différence de potentiel entre moi et l'extérieur. Mais au moment où le retour de flux va équilibrer cette différence, la nécessité d'exister ou de se sentir exister le recrée vers l'extérieur. Ainsi s'établit une alternance d'efflux et d'influx à la recherche d'un impossible équilibre : « *Dans alternance, il y a le mot "alter", l'autre. Pour que le moi existe, il faut un toi. Sans Toi, il n'y a pas de Moi.* » (Pezé, 1993, 32.)

Richard Moss exprime le même phénomène d'une autre manière : « *En fait, il est impossible de devenir conscient de quelque chose sans s'en séparer au préalable. Pensez au vent un instant. Si vous vous déplacez à la vitesse du vent, vous ne le sentez pas. Pour en devenir conscients, vous devez lui résister, le repousser. C'est ce qu'est l'ego : le* Je *qui repousse Tout. Il doit se désolidariser d'une intimité fluide avec l'Existence et c'est ce qui, paradoxalement, nous permet de devenir conscients de l'Existence. L'ego naît du contraste : il exige une séparation ; il a besoin de l'interaction. Il donne naissance à la volonté propre et au premier discernement : oui ou non. Et il peut être menacé.* » (Moss, 1996, 38.) Ainsi existe dans le vivant une éternelle dualité entre *se fondre* et *résister*, entre *aller vers* et *se replier*.

Cet échange permet à la cellule de *se sentir* exister, comme individu… Pour que la sensation existe, il faut qu'il y ait changement. Que ce changement se fasse vers l'extérieur ou l'intérieur importe peu, il faut qu'il soit. L'alternance d'efflux et d'influx manifeste ou crée l'échange et permet à la structure vivante de savoir qu'elle existe, tout en maintenant une certaine conservation de l'énergie. La conscience se maintient par cette alternance : « *Conscience et respiration se confondent : elles sont un.* » (de Smedt in Le Nouvel, 2001, 10.) Comme tout phénomène alternatif, il a tendance à s'organiser et à se stabiliser selon un rythme.

Cet échange crée également un *cycle** de mouvement alternatif d'expansion/rétraction au sein de la cellule. La cellule peut ainsi être envisagée comme un convertisseur : elle convertit l'échange ou la communication en mouvement. Ainsi, de l'immobilité naît le mouvement.

À ce propos, voilà ce qu'écrit Thomas F. Schooley, proche élève de Sutherland : « *Si toute matière est en mouvement et si tout mouvement est fluctuant dans sa phase primaire, la fluctuation étant composée de deux cycles, l'un expansif et l'autre contractile, alors la fluctuation est rythmique. Si une phase est produite par l'autre, alors il doit y avoir un échange de facteur d'énergie entre les deux phases de la fluctuation, puisque le mouvement demande de l'énergie pour se produire. Si la fluctuation survient dans toute matière, il doit y avoir un point central à partir duquel elle prend naissance et ce point alors n'a pas de mouvement et peut être appelé un fulcrum. Ainsi, il doit y avoir un fulcrum pour chaque atome, chaque molécule, chaque masse de matière.* » (Schooley, 1951, 72-73 et Magoun, 2000, 102-103.)

Conscience et perception

Conscience et perception sont indissociables. C'est grâce à la perception que *Je* maintient sa conscience d'exister. Il nous semble impensable qu'une cellule puisse communiquer et pourtant… Dans *La Vie secrète des plantes*, Peter Tompkins raconte l'histoire de Cleve Backster, technicien enseignant dans les années 60 le maniement du détecteur de mensonge. « *Ce technicien, qui contribue à former des policiers n'est pas le genre de bonhomme que l'on imagine au fond de son jardin, à stimuler la croissance des pétunias ni à s'apitoyer sur le sort des tomates.* » (Ostrander, 1977, 30.) Pourtant, « *L'aventure commence en 1966. Cleve Backster a veillé toute la nuit dans son école de formation au détecteur de mensonges, où il enseigne l'art de la détection du mensonge aux policiers et agents de sécurité du monde entier. Quelque chose le pousse à connecter les électrodes de l'un de ses détecteurs à une des feuilles de son dracæna.* […] *Backster est curieux d'expérimenter comment verser de l'eau sur les racines affecterait la feuille et, dans ce cas, comment et à quelle vitesse. Alors que la plante aspire avidement l'eau dans sa tige, et alors que la conductivité devrait logiquement augmenter, puisque l'humidité dans la plante est plus forte, à la grande surprise de Backster et contre toute attente, le galvanomètre ne montre aucune diminution de la résistance. Au lieu d'avoir tendance à remonter, le style de la bande d'enregistrement a, au contraire, tendance à descendre dans un tracé saccadé.*

[...] *La meilleure manière de déclencher chez l'être humain une réaction suffisamment forte pour provoquer une réaction dans le galvanomètre, c'est de menacer son bien-être. Backster décide de faire cela à la plante : il trempe une feuille du dracæna dans la tasse*

de café chaud qu'il tient perpétuellement à la main. Le cadran ne montre aucune réaction signifiante. Backster étudie le problème plusieurs minutes et finit par concevoir une menace plus forte : brûler la feuille sur laquelle les électrodes sont attachées. À l'instant même où l'image de la flamme se forme dans son esprit et avant même qu'il ait pu se saisir d'une allumette, un changement impressionnant se produit dans le tracé du graphe, sous la forme d'un bond prolongé du style d'enregistrement. Backster n'a fait aucun mouvement, ni vers la plante, ni vers l'appareil d'enregistrement. Est-il possible que la plante ait déchiffré sa pensée ? Backster quitte la pièce et revient avec des allumettes. Il remarque qu'un nouveau pic s'est enregistré sur le graphe, à l'évidence provoqué par sa détermination de mettre sa menace à exécution. À contrecœur, il commence de brûler la feuille. À ce moment, il n'y a qu'un petit pic de réaction sur le graphe. Ultérieurement, lorsqu'il lui revient l'idée de brûler la feuille, il n'y a absolument plus aucune réaction. La plante semble capable de faire la différence entre intention réelle et imaginaire » (Tompkins, 1989, 4-5).

Il s'agit ici de biocommunication. Peut-on concevoir que les cellules végétales soient conscientes, capables de perception, répondent à la pensée et pas les cellules animales ?

Du fermé…

Au sein de l'univers physique n'existe pas de véritable communication, d'échange avec l'extérieur ; les particules se contentent de reproduire leurs cycles de rotation autour du noyau, de manière quasiment identique. On dit qu'il s'agit d'un *système fermé*. Cette caractéristique confère à l'univers physique une de ses propriétés essentielles : la *stabilité*. Les particules ne dépendent de rien d'autre que d'elles-mêmes pour survivre en tant que telles. Sur le plan énergétique, cette stabilité manifeste les lois de conservation de l'énergie que nous connaissons tous. Du fait de sa fermeture, l'univers physique se trouve très limité dans son évolution. Certes, l'apparition des associations moléculaires marque déjà un progrès, mais il est encore très limité.

…à l'ouvert

La cellule offre une chance évolutive extraordinaire. En effet, dès que la vie est présente, apparaît la conscience, associée à l'échange constant avec l'environnement. Nous avons maintenant un *système ouvert*. La survie de l'entité ne dépend plus de sa fermeture à l'extérieur, mais au contraire de son ouverture. Cette ouverture en fait un système *instable*, sujet à de perpétuels changements. Pour survivre, un tel système doit même délibérément aller au-devant du changement en se mettant volontairement en déséquilibre : « *Plus la structure est cohérente, faite d'une plus grande intrication de connexions, plus elle est instable. C'est précisément cette instabilité qui permet la transformation.* » (Prigogine, 1996, 16.)

Revers de la médaille, pour exister, les systèmes vivants dissipent beaucoup d'énergie. L'alternance, c'est-à-dire l'adoption de fonctions rythmiques, donc de fluctuations, outre qu'elle permet de maintenir la sensation d'exister, permet de récupérer une partie de l'énergie dissipée. La mise en déséquilibre constant que représente l'échange avec l'extérieur permet également à l'organisme d'atteindre un niveau supérieur d'organisation, un ordre supérieur qui offre de grandes possibilités d'évolution. C'est ce que Prigogine appelle *l'ordre par fluctuation* : « *L'ordre par fluctuation oppose à l'univers statique un monde ouvert dont l'activité engendre la nouveauté, dont l'évolution est innovation, création, destruction, naissance et mort.* » (Prigogine, 1979, 162.)

Les cellules s'associent pour créer des organismes plus complexes. Dans chacune de ces associations, les *Je* cellulaires se transposent, créant des *Je* plus englobants *centrant* des individualités tissulaires, puis organiques, jusqu'à créer des organismes complexes. Chaque nouvelle entité créée possède son *je*, son fulcrum qui la centre et à partir duquel elle existe, donc échange, donc manifeste du mouvement et notamment, le mouvement d'expansion/rétraction, relié à la conscience, donc à la vie et évoqué plus haut.

DE LA PHILOSOPHIE AU MOUVEMENT

« *Les tissus vivants présentent tous un constant mouvement rythmique.* » (Strand Sutherland et Wales, 1998, 119.) Depuis Sutherland, expansion et rétraction alternatives des structures vivantes sont considérées par les ostéopathes comme une *respiration primaire*, en ce sens qu'elle existe avant la respiration thoracique, considérée comme *secondaire* ; cette dernière n'est d'ailleurs qu'une manifestation parti-

culière du même type de mécanisme d'échange. Sutherland et ses successeurs se sont particulièrement intéressés à l'impulsion rythmique crânienne (IRC) dont l'origine est attribuée à la motilité du cerveau. Magoun écrit : « *Personne ne connaît la source exacte de ce mouvement* [du cerveau]. *C'est l'un des secrets de la vie* [...]. *La découverte de cette énigme est donc laissée aux recherches futures.* » (Magoun, 1994, 315.) Il écrit encore : « [...] *nous avons noté* [...] *un phénomène palpable que nous avons désigné par "impulsion rythmique crânienne". Ce terme non spécifique* [...] *ne décrit pas le mécanisme responsable de l'impulsion* » (*ibidem*).

Becker semble généraliser le concept d'impulsion rythmique : « *Le mécanisme respiratoire primaire entretient un cycle de "mouvement vital", constitué de mobilité et de motilité inhérentes, rythmiques, automatiques et involontaires à une fréquence de dix à douze cycles par minute chez un sujet en bonne santé.* [...] *Chaque cellule et tous les fluides du corps humain expriment ce "mouvement vital" rythmique et involontaire.* » (Becker in Wales ed., 1990, X.)

Notons ici que Becker indique clairement un rythme dans le mouvement respiratoire primaire, alors que dans ses écrits, Sutherland n'a jamais évoqué de rythme pour ce mouvement : « [...] *jamais n'apparaît dans l'œuvre de W. G. Sutherland une quelconque notion de comptage de la fluctuation du liquide céphalo-rachidien* » (Louwette in Magoun, 1951-2000, 6).

Dans l'approche tissulaire, nous considérons que « *l'impulsion rythmique dont parle Sutherland ne se limite pas au crâne ou au cerveau, et qu'il ne s'agit pas d'une impulsion mais de la combinaison de plusieurs s'ajoutant les unes aux autres pour créer un phénomène résultant* » (Tidière, 2001, 9).

Les impulsions rythmiques

Ce mouvement respiratoire primaire résulterait de « *la juxtaposition et de la coordination de plusieurs types de mouvements qui finissent par s'organiser en un mouvement résultant : l'impulsion rythmique motilité, les impulsions rythmiques organiques et les impulsions rythmiques virtuelles* » (Tidière, 2001, 10).

L'impulsion rythmique motilité semble d'origine cellulaire. La cellule omniprésente, douée d'un haut niveau de différenciation et d'organisation, se trouve au centre de multiples fonctions. Elle manifeste un mouvement inhérent de contraction rythmé. Tidière classe cette *impulsion motilité* comme *impulsion rythmique primaire*. Nous pouvons la modéliser comme la conséquence de l'empilement des impulsions rythmiques au fur et à mesure que les *je* cellulaires s'associent et se transposent en des *je* plus englobants, créant de nouveaux fulcrums centrant la multitude des cellules qu'ils englobent.

Les impulsions rythmiques organiques sont consécutives au fonctionnement de certains organes, par exemple les contractions rythmiques cardiaques et artérielles et les flux qu'elles génèrent, ou le mouvement respiratoire pulmonaire, le péristaltisme digestif, etc. Pour P. Tidière, ces impulsions rythmiques organiques constitueraient l'*impulsion rythmique secondaire*.

Les impulsions rythmiques virtuelles, telles l'onde d'Allen (ou 3e onde) d'une fréquence théorique de 7 cycles / min, résultent de l'interférence des ondes cardiaque et pulmonaire. L'onde de Janny de 1,07 cycle / min, cette fois indépendante de l'onde cardiaque ou pulmonaire dont on ignore l'origine (Tidière, 2000, 8-30).

Avec P. Tidière, nous conclurons en disant « *que de nombreuses sources de rythmicité, découvertes ou non, coexistent dans le corps humain. La somme de ces impulsions génère une impulsion rythmique que l'on pourrait qualifier de générale. C'est cette impulsion que l'ostéopathe peut percevoir dans toutes les parties du corps* » (Tidière, 2001, 16-33).

La perception de l'impulsion rythmique tissulaire

Beaucoup d'expériences ont été lancées pour tenter d'objectiver, de *prouver*, le mouvement d'impulsion rythmique tissulaire. Faute de place, et parce que prouver n'est pas notre propos, nous ne les décrirons pas ici : une fois la *preuve* de l'existence de ce mouve-

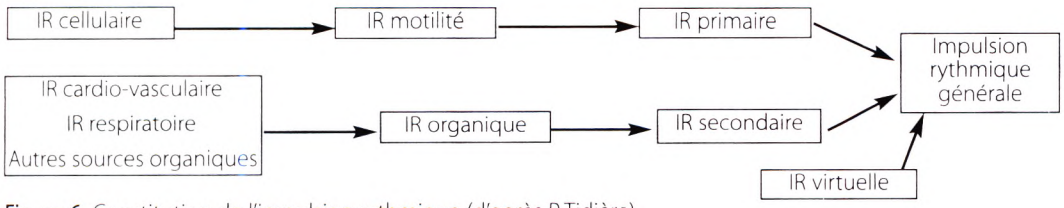


Figure 6. Constitution de l'impulsion rythmique (d'après P. Tidière).

ment apportée, nous n'en saurons pas davantage sur son pourquoi ni sur toutes les méthodes permettant de l'utiliser au profit de notre patient. Dans ce cheminement, aucune *preuve* ne pourra nous aider.

Bien que le rythme de l'impulsion générale soit déclaré de 10 à 12 impulsions par minute, mes expériences personnelles avec le ballon d'une part, et les verbalisations de la perception des participants aux séminaires ou conférences d'autre part, font ressortir des rythmes très différents d'une personne à l'autre et, pour une même personne, d'un moment à l'autre. Par ailleurs, ce rythme est classiquement présenté comme quasiment invariant, alors que les expériences avec le ballon et sur les patients semblent montrer le contraire. Ces divergences entre les déclarations d'*autorités* et ce que j'expérimentais furent longtemps une des principales sources de mes problèmes de palpation : je faisais confiance à l'autorité, ce qui me conduisait à invalider mes perceptions parce qu'elles ne correspondaient pas à la *norme*. Ce manque de confiance m'amenait à sentir encore moins de choses ou à douter de ce que je percevais, ce qui aggravait ou entretenait immanquablement la difficulté : « *Le doute peut se comparer à un petit ver qui s'introduit dans un morceau de bois et le dévore de l'intérieur. Le doute se développe en dévorant la logique préexistante qui l'entoure. Le doute mobilise l'entropie du système, amorçant une réaction en chaîne qui est lente mais dont les effets n'en sont non moins dévastateurs, et qui peut produire des changements dans le système entier.* » (Watzlawick, 1993, 96.) C'est seulement à partir du moment où j'ai *accepté d'accepter* la perception que la situation s'est débloquée et que le doute a changé d'orientation. C'est le dogme qui en a fait les frais ! Cela ne clarifiait cependant pas totalement les choses : je ne comprenais toujours pas pourquoi les gens exprimaient de telles différences de rythmes ni pourquoi, chez un individu, ce rythme changeait parfois de manière importante. Ce sont encore les ballons qui ont permis d'avancer sur la question, et particulièrement leur utilisation dans les entraînements sur la présence.

LA PRÉSENCE

L'établissement d'une corrélation entre la manière dont fonctionne une technique et la qualité de la présence du praticien a été pour moi très progressive. Ainsi, je me suis bien longtemps étonné qu'une technique comme la compression du quatrième ventricule se déroule de manière si différente et donne des résultats si variables selon les praticiens et pour un même praticien selon les jours et les patients. Lors de l'apprentissage de la technique, on insiste sur sa mise en place physique, sur ce qu'il faut *faire*, mais on ne parle jamais ou presque de l'attitude du praticien, c'est-à-dire ce qu'il faut *être*. Mettre en place la technique, puis attendre, la pensée vagabondant où bon lui semble, n'est pas suffisant pour sa réussite. La présence du praticien est essentielle. Là se trouve, fort probablement, la différence entre le praticien qui applique une technique avec succès et celui qui n'obtient pas ou peu de changement. « *Nos maîtres utilisaient probablement ces éléments de manière tellement naturelle qu'il ne leur est sans doute pas venu à l'idée d'en parler. Il nous semble toujours que ce qui est évident pour nous l'est aussi pour les autres. Ceci est, hélas, totalement erroné.* » (Tricot, 1999 [1], 13.) Cette certitude implicite (non dite) correspond à ce que Korzybski nomme un *postulat inconscient* et perturbe la relation, nous conduisant à penser que nous évoluons tous sur le même niveau de réalité et de conscience, ce qui rarement le cas.

En revanche, la constatation de l'importance de la présence soulève finalement plus de questions qu'elle n'en résout : que veut dire *être présent* ?

Expérimenter la présence

L'expérimentation de l'état de présence génère un ressenti particulier, incluant des perceptions corporelles, mais également beaucoup d'autres que nous appellerons *sensations d'être*, qui ne semblent pas pouvoir se limiter au corps. Une fois ce ressenti expérimenté, reconnu et mémorisé, il devient possible de retrouver ultérieurement l'état de présence : il procure un ressenti *similaire**. Mais parce qu'il concerne l'état d'être, ce ressenti comporte beaucoup de subtilités qui le rendent particulièrement difficile à exprimer. De plus, en échangeant avec d'autres personnes, je me suis vite rendu compte que le ressenti personnel de l'état de présence varie considérablement d'une personne à l'autre. Tel Poucet, chacun trace son chemin, mais en utilisant son propre système de marquage. Comment, dès lors, aider d'autres à expérimenter la présence ? Leur parler de mon système ? Le risque de les voir consi-

dérer ce système comme *le* système est grand, surtout s'il ne correspond pas au leur, ils ne parviendront sans doute pas à ressentir les mêmes choses et penseront être incapables d'accéder à l'état de présence, alors qu'ils n'ont simplement pas le même ressenti... Ayant bien connu cette impasse, j'ai cherché un moyen de l'éviter. Le recul m'a fait comprendre que la difficulté n'est pas tant dans l'état lui-même et la manière d'y accéder que dans son ressenti : l'échange de perceptions si différentes conduit à penser que nous vivons quelque chose de différent... Combien de conflits ont résulté de cette non-conscience ! C'est le ballon qui nous a tirés d'affaire : nous nous sommes en effet aperçus que, selon la qualité de la présence, la perception du ballon se modifie, mais que quel que soit le ressenti personnel associé à l'état de présence, ses manifestations dans le ballon sont toujours les mêmes, identiques pour tous.

Présence et ballon

En travaillant sur la présence en séminaire, je propose tout d'abord aux participants de se *mettre en état de présence*, en utilisant leur propre *référentiel*, c'est-à-dire le système et les perceptions personnelles qu'ils associent à l'accès et au ressenti de cet état. Je n'exprime rien sur ce que j'entends par être présent, ni sur une quelconque manière d'y parvenir.

Il leur est ensuite demandé de réaliser la même expérience avec le ballon entre les mains, et d'analyser les changements perceptibles dans l'activité alternative d'expansion/rétraction du ballon (directions, amplitude, rythme, etc.) survenant en même temps que leur état de présence se modifie.

Ce qui est décrit : à ce moment de la pratique, les descriptions des ressentis du ballon diffèrent parfois notablement : certains sentent le rythme de l'expansion ralentir et l'amplitude s'amplifier, d'autres sentent au contraire le rythme s'accélérer et surtout l'amplitude diminuer pour devenir parfois très petite. Lorsque l'on demande aux participants d'expliquer ce qu'ils ont fait pour être présents (selon leur référentiel personnel), on s'aperçoit que les compréhensions de la présence donc les actions mises en œuvre pour parvenir à l'état, ainsi que les ressentis qui en découlent, sont très variables. Ceux qui ressentent de la contrainte dans le ballon voient souvent la présence comme un acte d'effort et le mettent en œuvre comme tel. Leur verbalisation est souvent : « *Je me concentre.* » Ils disent parfois avoir du mal à se sentir présents dans la vie courante. Ceux qui ressentent l'expansion expriment en général un lâcher prise. Cette plus grande facilité peut leur être naturelle, ou correspondre à un travail déjà entrepris dans certains systèmes de développement personnel tels que yoga, méditation, arts martiaux, ou autre.

Alors seulement est indiqué que l'amélioration de la qualité de la présence donne dans le ballon la perception d'un ralentissement du rythme et d'une augmentation d'amplitude. J'encourage les participants à recommencer la pratique en mettant l'accent sur le *lâcher prise* plutôt que sur la concentration, et à analyser à la fois leur ressenti personnel – corporel et autre – et les manifestations du ballon, de manière à créer un référentiel personnel, confirmé par le ressenti du ballon. Tous finissent par parvenir à la perception de présence s'accompagnant de l'expansion du ballon et du ralentissement de rythme.

Verbalisation

Je vais verbaliser la manière dont je propose aujourd'hui d'accéder à la présence, mais j'insiste vraiment pour que les participants se sentent libres par rapport à cette verbalisation : soit elle les aide à atteindre l'état de présence, et alors, il leur est conseillé de l'adopter, soit elle ne les aide pas, voire les gêne, et il est alors indispensable qu'ils utilisent un autre système leur permettant d'y parvenir. La seule chose vraiment importante, est d'obtenir l'augmentation d'amplitude et la diminution du rythme dans le ballon qui signe avec certitude l'amélioration de la qualité de la présence.

Assis confortablement sur une chaise (il faut un support rigide), ressentir tout d'abord le corps devenir de plus en plus pesant sur la chaise. Comme s'il était attiré vers le centre de la terre par quelque fil invisible. Une fois cette sensation de lourdeur obtenue, au lieu de tenter de se concentrer pour être là, au contraire se laisser lâcher prise, comme si l'être *abandonnait le corps*, passivement aspiré *vers le haut* par quelque attracteur puissant. Il n'y a pas d'effort, simplement, un laisser-aller.

En laissant le temps passer, la sensation dans le ballon finit par se modifier. Attendre d'obtenir augmentation d'amplitude, ralentissement du rythme,

perceptions en général accompagnées d'une sensation de grand bien-être et d'*expansion de l'être*.

Interprétation

Cette manière de vivre, d'expérimenter la présence se réfère à la conception que j'ai du système corporel : je le considère comme une *interface** entre deux univers de nature apparemment différente : l'univers matériel, le monde physique, et l'univers non matériel, relié à la vie, de nature immatérielle. Interface entre ces deux univers, le corps réunit en son sein les deux essences qui sont en coexistence et en confrontation permanente. C'est ce qui lui permet de communiquer avec l'une et avec l'autre. Ce modèle sera développé dans les chapitres ultérieurs. Dans ce modèle, la sensation de se sentir peser, lourd, nous relie à notre matérialité, je l'appelle *enracinement**. La sensation de lâcher prise nous relie à notre immatérialité, je l'appelle *centrage**. En établissant *consciemment* ce lien, nous permettons pleinement au corps de jouer le rôle que nous lui attribuons dans notre modèle d'organisation, celui d'interface. Je considère enracinement/lâcher prise comme un couple logique, qui s'associe aux autres couples issus de la décision d'être, notamment centre/périphérie, immobilité/mouvement, etc.

Mais que peuvent bien signifier les modifications du rythme et de l'amplitude perçues dans le ballon ? Pourquoi l'impulsion rythmique tissulaire se modifie-t-elle en fonction de la présence ? Précisons tout d'abord que c'est la perception de l'impulsion rythmique tissulaire qui change. Ce qui se passe probablement, c'est que nous étions en syntonisation, en accord avec l'impulsion rythmique tissulaire de la conscience corporelle et que la modification de l'état de présence s'associe à une modification de l'état de conscience à laquelle correspond une modification de la perception. Rappelons-nous que conscience et perception sont étroitement dépendantes l'une de l'autre.

Reprenons le concept de conscience cellulaire, donc corporelle associée à un échange alternatif rythmé tel qu'il a été développé plus haut. Nous avons formulé que cet état de conscience correspond à un *Je*, fulcrum invisible, qui se veut exister. Le mouvement alternatif correspond à la manifestation dans le monde physique de l'état d'existence du *Je* centre, fulcrum, point d'appui du composite. Lorsque le *Je* qui anime le corps s'assimile à ce corps, se *pense* le corps, il se *syntonise** naturellement avec les fulcrums animant le corps donc à leurs rythmes. Par la même occasion, il se rend effet du corps. Le rythme augmente et l'amplitude diminue. Lorsque le *Je* accepte de *lâcher prise*, il se désolidarise en partie du véhicule corporel, il cesse d'*être le corps* et ne se syntonise plus aux rythmes corporels. Il se relie à d'autres fulcrums (que nous ne connaissons pas forcément), modifie son état de conscience donc sa perception, ce qui le met en syntonisation avec d'autres rythmes plus lents, correspondant à d'autres fulcrums de nature moins matérielle, que le ballon lui permet de percevoir. Il induit inconsciemment d'autres rythmes sur le corps et assume un point de vue plus causal. Le rythme diminue et l'amplitude augmente. Le corps/interface, manifeste le changement d'état de conscience et nous percevons d'autres mouvements ou un mouvement différent. Les autres mouvements existent probablement toujours, mais on ne les perçoit pas. Il est également probable qu'en modifiant sa conscience, l'être induise des modifications dans la conscience corporelle se manifestant elles aussi par des changements de rythme et d'amplitude.

Cela nous ramène au concept d'être, centre, fulcrum immobile par rapport à une périphérie qui est mouvement. Cela nous ramène à une conception de l'univers dans laquelle le centre (ou être) est totale immobilité par rapport à une périphérie qui est tout mouvement (l'univers physique), et à l'idée de fulcrums centre d'univers, inclus dans des univers plus vastes, centrés sur un fulcrum, etc., comme les poupées russes. « *Le fondement de l'univers spirituel est l'immobilité, l'immobilité équilibrée de l'univers unique et magnétique de Dieu. Le fondement de l'univers physique est le mouvement, le mouvement toujours changeant qui naît de l'assemblage de conditions non équilibrées qui doivent à jamais se mouvoir à la recherche de cette immobilité équilibrée dont elles ont jailli.* » (Russel, 1994, 16.)

Le cercle et le centre

« *Maintenant, pour vous expliquer l'importance du cercle et du centre, je vous parlerai de "l'assiette au beurre". Vous savez ce que c'est ?... Non ? Bon, je vais vous raconter. Il y a quelques années, à Paris – c'était avant la guerre –, on avait installé à la porte Maillot*

un parc d'attractions qui s'appelait Luna Park. Beaucoup de gens allaient là-bas danser, tirer à la carabine, monter sur les tapis roulants, les balançoires, et s'amuser à toutes sortes de choses. [...] Et puis il y avait cette fameuse assiette à beurre dont je veux vous parler. C'était une plate-forme ronde, en planches, assez vaste pour contenir plusieurs personnes. Les gens y montaient et elle commençait à tourner, tout d'abord lentement ; mais, peu à peu, le mouvement s'accélérait et alors on assistait à un spectacle très drôle : ceux qui se trouvaient à la périphérie étaient déséquilibrés et projetés au-dehors et tombaient les uns sur les autres (et, évidemment, tout le monde riait), tandis que ceux qui se trouvaient au centre n'étaient pas secoués, ils restaient tranquillement debout à leur place, immobiles et souriants. Donc, vous voyez, la force centrifuge était si puissante que ceux qui se trouvaient à la périphérie ne pouvaient se maintenir, résister ou s'accrocher, et ils étaient projetés au-dehors. Tandis que ceux qui se trouvaient au centre échappaient à cette force et restaient en paix.

Je me suis arrêté pour réfléchir sur ce phénomène car il cache des lois formidables, et j'ai trouvé que l'être humain est semblable à une assiette à beurre : certaines régions psychiques représentent la périphérie de son être, d'autres le centre, et sa conscience est semblable aux gens qui montent sur la plate-forme. Si votre conscience se trouve à la périphérie de vous-même, sachez qu'il y a là de telles forces déchaînées qu'elles vont vous projeter contre les murs et que vous vous casserez la tête. Tous ceux qui veulent chercher des aventures dans la périphérie de la vie pour arranger leurs affaires, faire des trafics et s'amuser, s'exposent à de grands dangers car ils deviennent la proie de forces auxquelles ils ne peuvent résister. Pour être dans la sérénité, dans le calme, il faut trouver un endroit bien abrité. Et quel est cet endroit ? Justement, c'est le centre du cercle. À la périphérie, on n'est jamais à l'abri car on n'y trouve qu'agitations et passions déchaînées ; celui qui s'y égare est saisi, attaqué par des forces impétueuses, et tôt ou tard projeté et cassé en morceaux. C'est pourquoi les Initiés qui observaient la nature nous ont donné des règles, des méthodes comme la méditation, le recueillement, la prière ; car méditer, se recueillir, prier sont des efforts pour rentrer en soi-même, pour chercher le centre, ce point invulnérable où règne la paix, cette "haute retraite" dont parle le Psaume 91.

D'ailleurs, du point de vue géométrique, le centre du cercle peut être considéré comme la projection d'un sommet.

Regardez une montagne ou un cône : la projection de leur sommet donne le centre d'un cercle. Le symbole du centre est donc identique à celui du sommet. D'un sommet, il n'y a plus d'obstacle pour le regard ; quand on est au sommet d'une montagne, on voit tout alentour, on est donc plus lucide, on sait ce qui peut arriver. Ensuite, devant l'espace qui se découvre devant soi on se sent paisible, dilaté, on peut respirer. Enfin on est libre, on a la possibilité d'agir comme on le désire, on devient puissant. Donc, celui qui fait des efforts pour s'approcher du point central possède la clarté, la paix et la liberté. Vous voyez, que de choses à dire sur le centre du cercle ! » (Aivanhof, 1992, 60-63.)

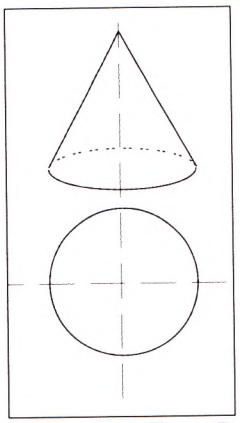


Figure 7.

Fulcrum

Aivanhof nous décrit le concept de fulcrum. Mais ici, il ne s'agit pas d'un fulcrum seulement mécanique, mais d'un fulcrum de conscience. Dans un texte de 1963, *Le toucher diagnostique, principes et application*, Rollin Becker exprime quelque chose de très similaire, en évoquant le cyclone : « *Les principes et les manifestations d'un ouragan peuvent, à mes yeux, être envisagés comme très similaires aux manifestations d'un traumatisme ou d'une maladie au sein de l'organisme. L'œil du cyclone contient le potentiel inhérent de la tempête. C'est lui qui donne naissance aux tourbillons de vents qui manifestent l'état destructeur de la tempête. Ainsi, l'œil du cyclone contient le modèle de toute la tempête.* » (Brooks ed., 1997, 158.)

C'est au centre, dans l'immobilité du phénomène que réside sa puissance : « *On peut dire que le centre du cercle représente le plus petit point mathématique de l'existence du cercle, son existence ne réside qu'au plan de "l'information" à l'origine du cercle. Au centre, rien n'est fait, mais tout est en devenir, en potentiel. En périphérie, sur le cercle, tout est fini, en évolution, en cycle constamment renouvelé, car ce qui est rond et tourne, appartient au monde des énergies qui se déplacent et donnent vie. On peut ainsi parfaitement comprendre qu'entre le plus petit point mathéma-*

tique, qui est au centre du cercle et qui n'est qu'information, appartenant au monde de l'immatériel, et le cercle qui est énergie, appartenant au monde visible, matérialisé, existe l'immense lieu appelé champ, dans lequel s'exprime tout rayonnement caractéristique du vivant. » (Combe, 1996, 6-7.)

Et sur un autre ?

Comme pour les premiers entraînements effectués avec le ballon, surgit l'objection que cela concerne la perception de soi-même et n'est pas forcément applicable à un autre. Nous allons donc tester les mêmes paramètres en créant un tandem ayant le ballon comme interface. Pour réaliser cette pratique, les deux personnes du tandem sont assises sur une chaise et se font face, à distance telle que leurs genoux soient presque au contact. Tous deux contactent le ballon, de manière qu'il n'y ait pas de contrainte musculaire dans les mains ni dans les bras.

Chacun d'eux met en place la présence (enracinement et centrage) comme décrit plus haut, soit en utilisant le processus que nous avons formulé, soit, si ce processus ne convient pas, celui qui aboutit à la perception de présence accompagnée d'en ralentissement du rythme et d'une augmentation d'amplitude.

Lorsque chacun des deux participants se sent présent, enraciné, centré, il augmente son espace d'attention pour englober son partenaire. Tout en maintenant la présence, tous deux analysent ce qui se passe alors dans le ballon.

Ce qui est verbalisé. La première phase de mise en présence (chacun pour soi) ne donne pas de ressenti interprétable dans le ballon. La seconde phase, en revanche, lorsque chacun des protagonistes englobe l'autre dans son champ d'attention, donne lieu à la perception dans le ballon d'une première période de mouvements anarchiques, ininterprétables. Puis, au fur et à mesure que l'exercice se poursuit et que la présence mutuelle s'établit, tous décrivent que les mouvements du ballon se calment et ralentissent petit à petit pour arriver à la perception d'une grande tranquillité associée à celle d'un mouvement nettement plus lent que tout ce qui a été perçu auparavant, d'amplitude également nettement plus importante. Les participants s'accordent généralement pour dire que le rythme est beaucoup plus lent et l'amplitude beaucoup plus grande que lorsqu'ils parvenaient à l'état de présence seuls. Le tout semble faire plus que la simple juxtaposition des parties.

LES DIFFÉRENTS RYTHMES

W. G. Sutherland a perçu ces phénomènes. Il a utilisé la métaphore de la marée pour les exprimer : « *Observez maintenant la fluctuation de la Marée, qui est un mouvement montant au cours de l'inspiration et descendant au cours de l'expiration. S'agit-il de la vague roulant vers le rivage ? Est-ce cela la marée ? Non. Le mouvement de la marée est le mouvement de tout le corps d'eau, l'océan, ce corps d'eau invariable. Visualisez ce potentiel inhérent de la marée. Plus de puissance, plus de potentiel inhérent dans cette marée que dans les vagues qui viennent se briser sur le rivage.* » (Wales ed., 1990, 15.) Le concept de marée rend bien compte de la notion de fluctuation lente et profonde, par opposition aux mouvements des vagues. Pour nous, cependant, ce concept ne se limite pas au liquide céphalo-rachidien, mais engage l'ensemble des liquides corporels, dont le liquide céphalo-rachidien n'est qu'un type particulier.

L'homme trin

James Jealous, ostéopathe américain travaillant dans la lignée de ce que Sutherland initia sur la fin de sa vie et qui a notamment étudié avec Rollin Becker et Robert Fulford, enseigne aujourd'hui une ostéopathie qu'il appelle *biodynamique*. Il reconnaît la possibilité de percevoir des rythmes de fluctuation plus lents lorsqu'on se trouve en communication avec la structure vivante d'une personne. Il en retient plus particulièrement trois : celui que nous connaissons tous, le cycle d'une durée de 6-10 secondes, un autre plus lent durant 24 secondes et un troisième, encore plus lent, durant 100 secondes (Jealous, 1999, 42). Il associe chacun de ces rythmes à un des *trois corps* physique, mental et spirituel, ce qui est tout à fait dans la lignée de la pensée de Still : « *Après toutes ces explications, nous devons décider que l'homme, lorsqu'il est complet, est trin.* » (Still, 1999, 29 et 1892, 16.)

Enracinement et centrage présentent de nombreuses analogies avec le concept proposé par Sutherland et développé par Rollin Becker dans sa

conférence *Apaise-toi et sache* : « *la nécessité "d'être immobile pour connaître" par le biais du canal le plus direct possible, qui consiste à être plus proche de votre Créateur que du simple souffle matériel* » (Brooks ed., 1997, 24).

Nous formulons l'hypothèse que c'est en nous syntonisant (consciemment ou non) avec le fulcrum centrant chacun de ces trois corps que nous percevons les rythmes correspondants. Je vous encourage à essayer avec le ballon…

QUESTIONS / RÉPONSES

Tant de philosophie pour quoi faire ? Est-ce vraiment utile ?

Bien entendu ces dernières affirmations peuvent être source de nombreuses discussions. En techniques tissulaires, nous ne cherchons pas particulièrement à travailler avec les différents rythmes. En revanche, nous recherchons l'état de présence et c'est le travail sur la présence qui nous a fait rencontrer les rythmes… Mon objectif était de vous amener à prendre conscience d'un référentiel, voire de le créer, pour vous permettre de savoir si l'état de présence est atteint de manière satisfaisante ou non.

Perception et conscience étant étroitement liées l'une à l'autre, la modification de notre état de présence s'associe à une modification de notre état de conscience qui provoque une modification de nos perceptions habituelles. Nous serons donc amenés à rencontrer – souvent fortuitement – les perceptions décrites ci-dessus et bien d'autres encore. Il faut nous y préparer et apprendre à travailler avec. Rappelons cette célèbre phrase de William James : « *Notre conscience éveillée normale, ce que nous appelons la conscience rationnelle, n'est autre qu'une forme particulière de conscience. Tout autour d'elle, séparées uniquement par le plus fragile des écrans, se trouvent des formes potentielles de conscience totalement différentes. Nous pouvons traverser la vie sans jamais suspecter leur existence ; mais il suffit de savoir les stimuler et en un instant, elles sont là dans toute leur plénitude.* » (James in Chopra, 1990, 202.) Il va vous falloir du temps pour intégrer tout cela et apprendre à *vivre avec* et à l'utiliser.

Ces concepts très spiritualistes me dérangent.

Cela est bien compréhensible. Passant par l'expérimentation, j'ai essayé d'interpréter des phénomènes à la lumière de ma conscience personnelle actuelle et de ce que disent d'autres praticiens. Mon objectif n'est pas d'imposer une philosophie, mais de formuler un modèle destiné à nous servir de référentiel et qui présente l'avantage d'être en accord avec les philosophies de Still, de Sutherland et de bien d'autres sources, même plus traditionnelles. L'utilité du modèle se démontrera (ou non) par la meilleure compréhension qu'il permet d'apporter à notre expérimentation, et les résultats que nous obtiendrons dans notre pratique.

Il m'est très difficile de travailler à la fois sur l'enracinement et le lâcher prise, tout en ayant l'attention sur le ballon pour sentir ce qui s'y passe.

Au début, cela est difficile, parce qu'on a tendance à se focaliser sur le ressenti de la présence ou sur celui du ballon. Mais il suffit d'un peu d'entraînement. N'oubliez pas que nous considérons la présence comme un lâcher prise. Cela ne demande pas d'effort. Quant à l'attention sur le ballon, elle ne demande pas non plus d'effort particulier. Cette difficulté évoque pour moi celles de l'apprenti conducteur. Au début, il y a tellement de choses à contrôler et l'action de conduire est tellement nouvelle, qu'il lui est très difficile d'avoir l'attention partout, de sorte qu'il choisit et porte alternativement son attention sur le volant, les pédales, le levier de vitesse, les compteurs, etc., et parfois… sur la route. Mais l'habitude venant, il peut maintenir son attention sur la route, tout en contrôlant la voiture. Je crois que le problème que vous évoquez est du même ordre. C'est l'habitude qui permettra de le régler.

Pendant les deux exercices sur la présence avec le ballon (en solo et en tandem), je sentais que ma respiration thoracique se synchronisait naturellement avec le mouvement perçu dans le ballon.

Cette perception est très souvent décrite. Le lâcher prise s'accompagne d'un *laisser-faire* respiratoire dont le rythme tend à se synchroniser naturellement au rythme primaire (donc au fulcrum) avec lequel on est en syntonisation. Bien que je ne sois pas adepte du yoga, je pense là à certaines pratiques yogiques sur le souffle évoquant un ralentissement du rythme et une égalité dans les temps d'inspiration et d'expiration. Les pratiques

yogiques tendent à recréer cela volontairement en agissant consciemment sur la respiration secondaire, alors qu'il suffit de lâcher prise pour que cela se produise naturellement. Il semble encore qu'on mette l'accent sur le faire au lieu de l'être ou qu'on essaie d'atteindre l'être par le faire. Est-ce parce que les yogis ne pratiquaient pas leurs exercices avec un ballon ?

Dans les moments où je me suis senti en état de présence, j'ai eu l'impression que le temps n'existait plus.

C'est un des *miracles* de la présence. On ne perçoit plus (ou moins) l'écoulement du temps. Il s'agit même là d'un signe évident de l'état de présence : la perception du temps se modifie. Pensez à des moments où vous étiez particulièrement impliqués dans un jeu passionnant. Tellement absorbés, présents, dans le jeu que vous ne perceviez absolument plus l'écoulement du temps. À la fin du jeu, regardant l'heure, vous vous êtes étonnés en découvrant que tant de temps s'était écoulé.

L'écoulement du temps est la perception de la succession des cycles d'action de la vie et de l'univers physique. Il s'agit d'un temps relatif. Le temps absolu, c'est l'instant présent. Il n'y a plus perception du temps parce qu'il n'y a plus de mise en relation de l'instant avec d'autres instants. C'est en effet en mettant en relation des instants différents que nous avons conscience du temps. La conscience ne peut exister que dans la comparaison.

Dans les exercices sur la présence, vous n'avez pas parlé de la présence avec un patient.

Dans cette phase de notre entraînement, nous ne pratiquons pas l'exercice sur un patient. L'objectif poursuivi ici est en effet de faire prendre conscience de phénomènes inhabituels ou qui, lorsqu'ils ont été expérimentés fortuitement ont dérouté plus d'un. Le but est d'amener chacun à la prise de conscience d'un référentiel personnel concernant les perceptions. Pour être utilisés en thérapeutique ces outils doivent être adaptés, la situation thérapeutique ne pouvant se comparer à une situation d'entraînement. Toutefois, ces éléments nous seront utiles pour mettre en place la présence dans le travail avec le patient, ce qui sera abordé ultérieurement.

Est-ce que je peux utiliser ces seuls éléments de communication pour traiter un patient ?

Ils me semblent nécessaires, mais pas forcément suffisants : dans l'approche tissulaire reposant sur le concept de conscience, ils sont fondamentaux pour établir une relation, une communication avec le vivant. Mais, à elle seule, la communication n'est pas suffisante si elle n'est sous-tendue par une compréhension de la manière dont les consciences procèdent pour survivre lorsqu'elles sont associées et organisées dans un système complexe. Autrement dit, entrer en communication avec une conscience est un préalable indispensable, mais il est également nécessaire de comprendre comment cette conscience se comporte et agit au sein d'une cohérence qui la dépasse si nous voulons lui venir en aide lorsqu'elle a des difficultés. C'est le sujet des chapitres suivants.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE MAINTENANT

Nous allons tenter de trouver des réponses utilisables à une toute simple question : qu'est-ce que la vie ? Nous garderons à l'esprit que les modélisations présentées se doivent d'aboutir à une compréhension et des processus relativement faciles à mettre en œuvre et conduisant à de l'efficacité. Nous tenterons ensuite de modéliser une complexité, celle du corps. Partant de la cellule, nous allons suivre la complexification du système qui a fini par donner l'organisme humain.

> *« Et qu'est-ce donc d'après vous que cette vie vivante ? – Je ne sais pas non plus, Prince. Je sais seulement que ce doit être quelque chose d'infiniment simple, de tout à fait ordinaire, qui saute aux yeux chaque jour et à chaque minute, si simple que nous avons peine à croire que ce soit si simple et que nous passons naturellement devant, depuis bien des milliers d'années, sans le remarquer ni le reconnaître. »*
>
> (Dostoïevski : *L'Adolescent* in *Nourrir la vie*, Dr Lylian Le Goff.)

ORGANISER 6

« Le corps et l'âme sont des vues prises du même objet à l'aide de méthodes différentes. »
Alexis Carrel, *L'Homme, cet inconnu*, p. 165.

Tout au long du chapitre précédent, nous avons évoqué la cellule vivante. Mais qu'est-ce donc que la vie ? *« Personne ne connaît le philosophe qui le premier posa la question : "Qu'est-ce que la vie ?" Mais toute personne intelligente s'intéresse à ce problème, désirant au moins connaître une raison tangible pour laquelle on l'appelle "vie", savoir si la vie est personnelle ou si elle est organisée de manière telle qu'on puisse la considérer comme principe individualisé de la Nature. »* (Still, 1902, 248.)

De la vie, Larousse nous propose les définitions suivantes : *« 1. Ensemble des phénomènes (nutrition, assimilation, croissance, reproduction...) communs aux êtres organisés et qui constituent leur mode d'activité propre, de la naissance à la mort. 2. Fait de vivre, existence humaine (par opposition à la mort). 3. Existence humaine considérée dans sa durée ; ensemble des événements qui se succèdent dans cette existence. »* Ces définitions nous parlent de phénomènes, de manifestations de la vie, mais ne nous disent rien de son essence. Elles disent que la vie, c'est le fait de vivre. La belle affaire ! La question reste entière : *qu'est la vie ?*

Cette ambiguïté se retrouve dans les propos des scientifiques. Comment ne pas remarquer, à la lecture des textes actuels traitant de l'évolution, que la plupart des auteurs assimilent la vie au vivant : *« Depuis quelques années, de nombreuses découvertes et expériences ont confirmé cette grande idée émise dans les années 1950 : la vie résulte de cette longue évolution de la matière, qui, depuis les premiers assemblages du Big Bang, se poursuit sur Terre, avec les molécules primitives, les premières cellules, les végétaux, les animaux. Ce cheminement du vivant, qui a duré des centaines de millions d'années, est donc bien une étape de la même histoire, celle de la complexité. Après la naissance de la Terre, les molécules vont s'organiser en macromolécules, celles-ci en cellules, les cellules en organismes. La vie résulte de l'interaction et de l'interdépendance de ces nouveaux constituants. »* (Reeves et al., 1996, 68.) Cette dernière affirmation me semble particulièrement abusive : si l'on peut sans crainte affirmer que les organismes vivants — le vivant —, résultent de l'interaction et de l'interdépendance de constituants physico-chimiques, il n'en va certes pas ainsi de la vie elle-même dans son essence. Ces propos laissent supposer que la vie peut naître du non-vivant (l'univers matériel). Comment une structure pourrait-elle générer une essence qu'elle ne possède pas de manière inhérente ? Pour Still, le doute n'existait pas : *« On dit que "toute matière est substance vivante". Nous ne connaissons la vie qu'à travers le mouvement des corps matériels. »* (Still, 1902, 255.) Et nous voilà de nouveau confrontés à la vieille dialectique mécanisme/vitalisme.

VITALISME ET MÉCANISME

Vitalisme et mécanisme sont deux manières d'envisager l'univers et la vie qui depuis longtemps s'opposent : *« Les vitalistes pensaient que l'organisme*

était une machine dont les parties s'intégraient grâce à un facteur non physico-chimique. D'après eux, les processus responsables de l'unité de l'être vivant étaient dirigés par un principe indépendant, une entéléchie*, *une idée analogue à celle de l'ingénieur qui construit une machine. Cet agent autonome n'était pas une forme d'énergie et ne créait pas d'énergie. Il ne s'occupait que de la direction de l'organisme. Évidemment, l'entéléchie n'est pas un concept opérationnel*[1]. *C'est une pure construction de l'esprit. En somme, les vitalistes considéraient le corps comme une machine dirigée par un ingénieur, qu'ils nommaient entéléchie. Et ils ne se rendaient pas compte que cet ingénieur, cette entéléchie, n'était pas autre chose que leur propre intelligence. Quant aux mécanistes, ils croyaient que tous les phénomènes physiologiques et psychologiques sont explicables par les lois de la physique, de la chimie et de la mécanique. Ils construisaient ainsi une machine dont ils étaient l'ingénieur. Ensuite, comme le fait remarquer Woodger, ils oubliaient l'existence de cet ingénieur. Ce concept n'est pas opérationnel. »* (Carrel, 1935, 81-82.)

L'ostéopathie, un concept vitaliste

« *La philosophie ostéopathique est une philosophie vitaliste. Du point de vue vitaliste, ce qui est vivant n'est pas seulement un modèle complexe d'organisation dans lequel chaque élément du modèle est lui-même non-vivant. Du point de vue vitaliste, un être n'est pas seulement vivant parce que quelque chose appelé vie émerge quand des éléments non vivants sont combinés d'une certaine manière. Le vitalisme soutient qu'existe au sein du vivant une entité ou Principe Organisateur qui transmet des pouvoirs que les objets inanimés n'ont pas, et qui n'est pas réductible à la simple somme des parties du système vivant. L'entité vitale ou principe qui anime un organisme est appelé Vie. La Vie n'est pas faite de substance non-vivante et la Vie est capable d'une existence indépendante de l'organisme.* » (Masiello, 1999, 23.)

Pour Still, il est évident qu'une conscience organisatrice régit le fonctionnement de l'univers : « *Amenée vers une plus haute condition de déploiement, cette substance vivante est prête à occuper sa juste place et à poursuivre la merveilleuse action du principe qui, une fois mené par la Nature à un incompréhensible degré de subtilité, devient ce que nous appelons l'esprit. Cette subtilité connue comme esprit, dont l'existence festoie et s'épanouit sur les eaux de l'océan de l'intelligence universelle, dit et prouve l'intelligence de Dieu, le plus avisé de tous les chimistes, Lui qui a contrôlé l'union des substances nécessaires pour réunir la matière dotée de l'action et de la possibilité de poursuivre le processus de raffinement, jusqu'à l'apparition en l'homme de l'esprit, l'incompréhensible, couronnement de la sagesse de ce chimiste des plus avisés, connu comme Dieu, Nature, Inconnaissable ou Génie éternellement vivant de l'univers.* » (Still, 1902, 257-258.)

Cependant, même au sein du concept vitaliste que propose Still, de nombreuses variations et interprétations sont possibles. À l'évidence, la conscience de Still a évolué à ce propos depuis la foi méthodiste orthodoxe du début jusqu'à l'expérience spiritualiste de la maturité, de sorte que les réalités auxquelles il fait allusion en évoquant le divin ont sans doute, elles aussi, considérablement évolué, même s'il lui accorde toujours les attributs de l'intelligence organisatrice et de la sagesse inhérente.

Carol Trowbridge nous rappelle que c'est Spencer qui a initié le terme d'inconnaissable pour exprimer l'ensemble des causes non matérielles : « *Étant donné que toute tentative de concevoir l'origine des choses est futile, je me contente de laisser la question en suspens, comme un mystère insoluble.* » (Spencer, 1895, 173.)

Oui, mais la vie ?

Ce qui nous intéresse ici, ce n'est pas tant l'existence ou non d'un principe organisateur, que la nature même de la vie. Il est vrai que la vie dans son essence échappe à l'analyse du scientifique qui, une fois pour toutes, a décidé de ne considérer que ce qui est objectif et pondérable : « *Comment ne pas mentionner* in fine *cette étrangeté qui hante aussi bien la biologie moléculaire que les neurosciences ou le cognitivisme : l'évacuation de toute interrogation sur la vie ? Les sciences modernes, en effet, n'ont strictement rien à dire au sujet de la vie, sinon qu'elle continue d'être mystérieuse.* » (Guillebaud, 2001, 362.) Mais si le scientifique s'autorise, la conscience en paix – science sans conscience… – à évacuer le problème en

1. Selon Bridgman, repris par Carrel, un concept est opérationnel lorsqu'il peut s'appliquer à quelque chose d'observable : « *Un concept opérationnel est équivalent à l'opération, ou à la série d'opérations que l'on doit faire pour l'acquérir.* […] *Il est bien évident que nous ne savons réellement que ce que nous pouvons observer..* […] *Les concepts qui se rapportent à des choses placées en dehors du champ de l'expérience sont, d'après Bridgman, dépourvus de sens.* » (Carrel, 1935, 78.)

disant qu'il ne peut le saisir objectivement, nous qui sommes continuellement au contact de la vie et du vivant, de surcroît souffrant, pouvons-nous nous permettre une telle désinvolture ? Sans qu'il y paraisse, il s'agit là d'une question éthique majeure, parce qu'elle conditionne notre regard et notre approche de la vie et du vivant, donc du patient. En tant qu'ostéopathe, il m'est apparu impossible d'éluder ce problème. Il m'apparaît comme le cœur même de mon engagement de praticien, de thérapeute, d'homme. La réalité journellement expérimentée m'oblige à analyser ce domaine et à tenter de trouver des réponses utilisables et à accepter du même coup de rompre avec le consensus ambiant en biomédecine, celui de la pensée unique scientifique.

Pour modéliser le concept de la vie, réutilisons ce qui a été dit pour la cellule, manifestation d'un principe plus général : vivre, c'est être. Ainsi pourrait-on définir la vie comme l'ensemble des manifestations consécutives à la décision d'être. Être est un processus de création universel que nous pouvons appliquer aussi bien au *Je Suis* qui, selon de nombreux textes philosophiques, ou métaphysiques aurait engendré la création, qu'aux « je suis » créant des existences plus petites au sein de cette création. Le processus peut s'envisager de manière identique. Ainsi, la vie serait une, bien que ses manifestations soient multiples : « *Pourquoi voudriez-vous qu'il y ait sur la terre une multitude de vies ? Il n'y a qu'une vie qui, végétale, animale ou humaine, naît, rit, pleure, jouit, souffre et meurt. Une seule. Et c'est déjà bien assez merveilleux.* » (Einstein in Bousquet, 1992, 22.)

La vie, moteur d'évolution

Nous avons envisagé la cellule comme une conscience déterminant un espace limité par une membrane et centré sur un fulcrum. Pour maintenir la sensation d'exister, cette conscience est soumise à la nécessité d'échanger avec l'environnement. L'échange, indispensable pour que la cellule continue d'exister, en fait un système ouvert, donc instable. L'instabilité, c'est-à-dire l'échange avec l'extérieur, apporte la possibilité d'évoluer beaucoup plus rapidement du simple vers le complexe. Une des voies d'évolution a été l'association avec d'autres cellules permettant de créer des structures plus complexes, ou organismes.

Comment s'est réalisée cette évolution ? Nous ne savons pas exactement. Nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses. Comme Hubert Reeves, nous pouvons supposer que la nature est structurée comme un langage où les lettres de l'alphabet constituent des mots qui s'articulent en phrases, regroupées en paragraphes, etc. : « *On découvre aujourd'hui que la nature utilise une structure en tout point semblable* [au langage]. » (Reeves, 1986, 63.) Mais une question surgit alors : la nature est-elle vraiment structurée comme un langage ou bien, comme le suggère Korzybski, parce que nous utilisons le langage pour communiquer, voyons-nous les choses selon l'organisation de notre système de communication… ?

Parce que cela semble en accord avec notre logique, nous allons considérer la cellule comme l'élément élémentaire de base formant des tissus, des organes qui eux-mêmes rassemblés et coordonnés dans leurs actions constituent des organismes. Cela ne nous dit toutefois rien sur la nature intime des mécanismes, des règles, des finalités qui ont présidé à la lente élaboration des organismes, simples d'abord, puis de plus en plus complexes. Nous savons seulement que l'évolution s'est faite très lentement, apparemment du simple vers le complexe (c'est le modèle que nous avons choisi d'utiliser) mais qu'est-ce qui a présidé à cette merveilleuse organisation ? Hasard ? Nécessité ? Intelligence inhérente ? Extérieure ? La recherche existe depuis l'existence de l'Homme, et les théories sont nombreuses.

QUEL MODÈLE POUR LE CORPS ?

Selon notre modèle, au sommet du cône de création ou au centre de toute sphère de création existerait la décision *être* suscitant la création et la centrant. « *Dieu se manifeste dans la matière, le mouvement et l'esprit. Étudiez soigneusement ses manifestations.* » (Still, 1998, 169.) « *On a mille définitions de Dieu. On n'en a qu'une de la vie : Dieu.* » (de Chazal in Duhamel, 1998, 443.)

Nous n'allons pas pour l'instant nous intéresser à ce *principe organisateur*. Je désire plus pratiquement créer un modèle conceptuel théorique donnant de l'organisme une compréhension utilisable dans notre

intervention de praticien, un concept opérationnel donc. Et puisque nous avons commencé avec la conscience, continuons avec elle. C'est grâce au ballon que le concept de conscience est devenu pour nous opérationnel. Il nous a permis de percevoir, d'expérimenter une manifestation de la conscience qui est le mouvement de l'impulsion rythmique tissulaire.

Lors du passage du simple au complexe, nous ne savons pas exactement comment, pour la conscience, s'est effectuée la transition. Nous pouvons en revanche envisager la question dans l'autre sens, c'est-à-dire partir du complexe (l'organisme) que nous observons aujourd'hui et retourner vers le simple (la cellule). L'organisme peut ainsi être envisagé comme possédant une conscience d'organisme, englobant des entités anatomiques possédant chacune leur propre conscience – un cœur, un foie, etc. Des consciences organisées comme les poupées russes en quelque sorte. Pourquoi cela est-il important pour nous ? Simplement parce que, s'il y a conscience, il y a possibilité de communication, ce que Cleve Backster a expérimenté accidentellement avec sa plante, et nous consciemment en projetant l'attention sur différentes parties du corps, tout en analysant les changements survenant dans le ballon. Il s'agit de *biocommunication**. Mais, bien entendu, cette communication n'est possible consciemment que si nous envisageons et acceptons l'existence de cette conscience : je ne peux communiquer qu'avec ce que je reconnais comme existant, donc conscient... D'où l'importance de la création d'un modèle. Insistons ici encore sur l'idée que notre objectif n'est pas d'imposer une conception, mais bel et bien de concevoir un modèle que nous allons tester. Seule la mise en pratique nous dira si ce modèle est opérationnel ou pas : « *Pour que le chercheur puisse mesurer ou expérimenter, toutefois, il lui faut une hypothèse ; c'est-à-dire une théorie provisoire, expérimentale, une supposition qu'il adopte momentanément, en vue d'ajouter une série de nouveaux faits à la connaissance déjà bien établie. Les hypothèses guident ainsi tout futur travail de recherche.* » (Bateson, 1988, 39.)

Le corps, un système organisé

C'est un truisme de dire que le corps est un système organisé. La définition des mots *organisation* et *organisme* est particulièrement claire :

Organisation : 1. Action d'organiser, de structurer, d'arranger. 2. Manière dont les différents organes ou parties d'un ensemble complexe, d'une société, d'un être vivant sont structurés, agencés ; la structure, l'agencement eux-mêmes. 3. Groupement, association, en général d'une certaine ampleur, qui se propose des buts déterminés (Larousse).

Organisme : 1. Être vivant, animal ou végétal, organisé. 2. Ensemble des organes qui constituent un être vivant. 3. Ensemble des services, des bureaux affectés à une tâche administrative (Larousse).

Ces définitions nous rappellent bien entendu le concept stillien du corps, créé par un Grand Architecte : « *Chaque trait du Maître Architecte de l'Univers, montre une preuve d'intelligence, et Son œuvre est absolue.* » (Still, 1998, 258.) Cependant, encore une fois, ce qui nous intéresse ici, ce n'est pas tant le concepteur que la manière dont le système est organisé. Organisation semble être un mot clé de l'évolution.

Structure et fonction

Face à la pulsion de survie, fondamentale à tout organisme vivant, on considère généralement la constitution des différents types de tissus et d'organes comme répondant aux nécessités rencontrées par les systèmes vivants au fur et à mesure de leur évolution et de leur complexification. À chaque augmentation du degré de complexité sont apparus des problèmes nouveaux pour lesquels il a fallu trouver des solutions aussi urgentes qu'efficaces. On peut également supposer qu'à chaque étape, de nombreuses solutions ont été expérimentées avant que la bonne n'émerge et prévale. Mais en même temps, chaque solution trouvée à un moment donné de l'évolution a engendré l'apparition de problèmes plus complexes qu'il a fallu résoudre en créant d'autres spécialisations, etc.

Ainsi, face à la nécessité de fonctions spécialisées, se sont créées des structures différenciées. La même chose pourrait être formulée à l'envers : ainsi se sont créées des structures différenciées ayant la charge d'assurer des fonctions spécialisées. Cette réversibilité de la formulation fait ressortir qu'avec structure et fonction, nous avons affaire à un couple, l'avers et le revers de la même médaille. On ne peut dans le vivant concevoir et définir l'une sans l'autre. Nous revenons au concept dialogique d'Edgar Morin :

faire dialoguer les opposés apparents au lieu de les opposer.

Tout cela évoque irrésistiblement la célèbre phrase attribuée à Still : « *La structure gouverne la fonction.* » Ce concept est directement hérité de la pensée de Spencer : « *De l'approche holistique aux mécanismes de la physiologie, à l'électricité et au magnétisme, la philosophie de Still est imprégnée d'allusions à la philosophie spencérienne, mettant l'accent sur les thèmes chers à Spencer que sont la causalité naturelle, ou cause et effet, la dépendance mutuelle des parties, structure et fonction, les effets de l'utilisation et de la désuétude, le concept de matière, mouvement et force aussi bien que le terme "Inconnaissable", se référant à Dieu.* » (Trowbridge, 1999, 163.)

Remarquons cependant que même si cette phrase laconique résume assez justement un des concepts fondamentaux de l'ostéopathie – la relation de la structure et de la fonction –, on ne la trouve ainsi formulée dans aucun des écrits publiés de Still… Par ailleurs, ainsi énoncé, le concept devient ambigu, notamment à cause du mot *gouverne* dont le sens s'est considérablement altéré avec le temps. Cette ambiguïté a conduit plus d'un ostéopathe à accorder à la structure plus d'attention que nécessaire. Gouverner, nous dit Larousse, c'est diriger à l'aide d'un gouvernail. Or la fonction d'un gouvernail, c'est d'orienter vers une direction, pas de pousser. Autrement dit, la force, la puissance motrice vient du moteur, un système indépendant du gouvernail. Chez le vivant, la structure oriente la pulsion vitale, mais la puissance vient de la vie. C'est la vie donc que nous devons comprendre. Pour les besoins de notre modélisation, nous allons ainsi définir structure et fonction :

La structure : dans le monde du vivant, la structure est une organisation matérielle destinée à orienter la pulsion non spécifique de la vie vers des manifestations spécifiques qui sont les fonctions, dans le but de satisfaire les besoins particuliers relatifs à la survie de l'organisme.

La fonction : c'est la pulsion vitale, non spécifique, canalisée et dirigée par une structure pour devenir spécifique, dans le but de résoudre un ou des problèmes particuliers relatifs à la survie de l'organisme.

Celui qui, comme Still, privilégie la structure s'intéressera plus particulièrement à l'anatomie : « *L'ostéopathe doit se rappeler que sa première leçon est anatomie, son ultime leçon est anatomie et que toutes ses leçons sont anatomie.* » (Still, 1902, 12.) Alors que celui qui comme Littlejohn privilégie la fonction s'intéressera à la physiologie, voire à l'énergétique : « *L'interprétation du tissu vivant doit se faire en termes de vie et non pas en terme de matière ou de simple structure, et il n'est pas suffisant de déclarer que la structure est en relation avec la structure.* » (Littlejohn, 1974, 13.)

Malentendu structurel

Le premier malentendu – nous devrions dire *mal-perçu* – avec la structure corporelle commence très tôt dans nos vies, la plupart du temps à l'école. Nous y découvrons des spécimens d'os réduits à leur partie minérale, sèche, cassante, dure. C'est à partir de cette expérience initiale que s'élabore notre premier modèle de la structure osseuse. Et, comme elle est la première, elle prévaut implicitement tant qu'une expérience différente ne nous oblige pas à la réévaluer. Ainsi, le concept de structure évoque quelque chose de matériel, fixe, rigide, non vivant.

Ce *mal-perçu* se renforce du fait qu'en état de conscience *normale*, l'os nous apparaît effectivement comme rigide. N'est-il pas charpente ? Comment pourait-il donc être autrement que rigide ? Nous ne discernons pas que cette rigidité est relative. En effet, l'os vivant est *à la fois rigide et souple*. Il est rigide grâce à ses composants minéraux, mais il est également souple, grâce à ses composants organiques. Lorsque nous le percevons rigide, nous nous référons à notre conscience minérale. Mais en nous référant à notre conscience organique (la vie), nous pouvons le sentir souple. C'est en modifiant notre état de conscience (notamment par le travail sur la présence) et en nous accordant aux paramètres objectifs (densité) de la structure osseuse que nous pouvons commencer à la percevoir comme *plastique** et à modifier notre modèle, notre conception. Seule, semble-t-il, l'expérience a le pouvoir de modifier, de réactualiser un modèle implicite. Ainsi, pouvons-nous comprendre Sutherland lorsqu'il écrit : « *Les tissus osseux sont également fluides.* » (Wales ed., 1990, 127.) Il règne, chez les ostéopathes, un grand malentendu en ce qui concerne la notion de fluide : « *Fluide, de* fluare, *le mot latin pour "flux", doit être distingué de la notion de "liquide". Liquide, est un état de la matière ; fluide, est la description d'un*

comportement. Fluide implique la présence de particules libres de se mouvoir, qui se dirigent vers les zones de moindre pression et s'adaptent aux contours du contenant. Le liquide n'est pas complètement élastique ; le fluide possède une totale élasticité. Dans la philosophie ostéopathique, fluide ne se réfère à aucun liquide. L'eau qui est fournie aux champs assoiffés n'est pas le liquide céphalo-rachidien, ou bien c'est un fluide dont l'aspect le moins signifiant peut être identifié au liquide céphalo-rachidien. Même si les sciences naturelles concluent à l'ubiquité du LCR à travers tous les tissus, il reste cependant vrai que le LCR n'est que le corrélât sur le plan matériel d'un fluide plus important. De plus, trouver le fluide par l'approche des sciences naturelles ne vous aidera pas vraiment à l'expérimenter avec votre patient. » (Masiello, 1999, 37.)

Le concept de fluidité ou de plasticité est logique si nous considérons la cellule comme un espace communiquant. Mais, s'il nous livre sa perception, Sutherland ne nous dit rien de l'état de conscience dans lequel il était pour parvenir à cette perception, ni du *modus operandi* permettant d'atteindre cet état. Peut-être n'était-il pas éveillé au fait qu'une telle perception nécessite un changement d'état de conscience ? Il vivait la chose, sans se rendre vraiment compte qu'il vivait quelque chose de différent de ses contemporains. D'où de nombreux malentendus...

LE MÉCANISME RESPIRATOIRE PRIMAIRE DE SUTHERLAND

À l'image des cellules qui le composent, nous pouvons envisager le corps comme un assemblage liquidien pulsatile. Comment ce système s'organise-t-il mécaniquement ? Avec le mécanisme respiratoire primaire, Sutherland nous propose un schéma d'organisation particulièrement intéressant. Il envisage le système crânio-vertébro-sacré comme une colonne creuse, constituée d'os mobiles, tenue de l'intérieur par le système membraneux dure-mérien et mis en mouvement par les pulsations rythmiques automatiques du système nerveux central, fidèlement transmises par le liquide céphalo-rachidien.

Selon Sutherland, la pulsation rythmique inhérente du système nerveux central se transmet à tous les composants du mécanisme, par l'intermédiaire du liquide céphalo-rachidien et la dure-mère, à cause de son inélasticité, impose des points de restriction ou de moindre mouvement, tout en autorisant le mouvement dans d'autres régions du système, modifiant ainsi un mouvement multidirectionnel (celui du système nerveux central et du liquide céphalo-rachidien) pour l'organiser en ce que nous connaissons comme les mouvements de flexion-extension des os impairs et médians et les mouvements de rotation externe/rotation interne des os périphériques. À son tour, le mouvement des os du système crânio-sacré provoque un mouvement de va-et-vient de l'ensemble des fascias du corps, qui descendent lors de la flexion, et remontent lors de l'extension.

L'ensemble du système est mécaniquement centré sur le fulcrum de Sutherland, point d'appui à l'immobilité relative, situé au niveau du sinus droit, jonction de la tente du cervelet et de la faux du cerveaux : « *Comment cela fonctionne-t-il ? J'ai utilisé les termes fulcrum à glissement automatique. Pour illustrer cela, observez le mécanisme de cette petite balance que je tiens. Où se trouve le point d'appui autour duquel fonctionne la balance ? Juste ici, à l'endroit où le fléau est suspendu. Là, je la tiens et la balance s'équilibre automatiquement en fonction des courants de convection de la pièce. Si maintenant, je déplace la main, ce qui modifie la position du fléau, la balance occupe un autre lieu. Chaque point change de place et l'ensemble continue de s'équilibrer autour du même point d'appui. Le point d'appui est encore un point d'immobilité autour duquel la balance continue de réagir aux courants d'air. Lorsque vous en aurez l'occasion, tentez une petite expérience avec une balance en plaçant votre doigt sous le point d'appui. Nous avons trouvé une grande balance suspendue au plafond du comptoir commercial Aptuxet à Cape Cod. Tour à tour chacun de nous a placé un doigt sous le point d'appui de ce mécanisme et a senti la vibration, ou l'accentuation du mouvement de va-et-vient. Nous avons tous senti le rythme lorsque la balance oscillait en fonction des courants d'air. La signification d'un point d'appui (fulcrum) devint alors plus claire.* » (Wales ed., 1990, 44.)

Un concept novateur...

À plus d'un titre, le concept de Sutherland est particulièrement innovant. Il s'intéresse tout d'abord à un type de mobilité jusqu'alors ignorée en ostéopathie : la mobilité inhérente d'une structure vivante. Il

ne s'intéresse ensuite plus uniquement à la mobilité articulaire volontaire des structures corporelles, mais aux mouvements articulaires involontaires des structures notamment crâniennes et sacrées. Enfin, il propose un paradigme d'organisation mécanique radicalement différent, considérant l'homme comme suspendu à sa tête tout autant que debout sur ses pieds.

De tels changements ne pouvaient que déranger et, pour toutes ces raisons et bien d'autres sans doute, beaucoup ont vu dans l'approche crânienne comme une sorte de mutation indésirable. Interrogé sur la position de Littlejohn vis-à-vis du concept crânien, John Wernham répond : « *Il préférait se consacrer aux fondations plutôt que de s'occuper du toit. Le crânien est une mutation et cela n'apporte pas grand-chose au concept.* » (Wernham, 1999, 49.) Une telle remarque, si elle met les rieurs de son côté, montre que Wernham n'a pas compris grand-chose au concept crânien, et ne l'a vraisemblablement pas expérimenté.

On peut évidemment utiliser cette apparente opposition homme suspendu/homme posé pour produire et entretenir débats et conflits, ce que beaucoup ne se sont pas privés de faire. Il semble que seule l'étroitesse de notre conscience, conséquence de la vigueur de notre ego, soit responsable de cette ridicule opposition. En effet, nous ne pouvons ignorer que dans l'organisme humain vivant, les deux concepts coexistent, harmonieusement intégrés. Remarquons cependant, que dans le parcours évolutif, phylogénétique, le mécanisme respiratoire primaire tel qu'il est décrit par Sutherland a existé avant la verticalisation. Nous avons donc affaire à un niveau de causalité plus élevé tant sur le plan *hiérarchique** que sur le plan temporel…

…mais une séparation de plus

Malgré sa pertinence, le modèle de Sutherland présente à mes yeux plusieurs inconvénients dont il faut tenir compte. Le premier résulte sans doute de la démarche même, initiée à partir d'une intuition concernant le possible mouvement des os du crâne, ce qui a focalisé l'attention sur le système crânien. Ce processus a, de fait, entraîné dans les esprits de ceux qui l'ont étudié une séparation entre mécanisme respiratoire primaire et reste du corps, alors que Sutherland lui-même n'a cessé de revendiquer le contraire : « *Prenez conscience du fait que le concept crânien n'est pas une spécialité. Il est inclus dans la science de l'ostéopathie pour le bénéfice de vos patients.* » (Wales ed., 1990, 98.) Notre ego assoiffé de séparation s'est avidement saisi de cette présentation pour diviser une fois de plus, nous conduisant à un pur non-sens ostéopathique. Qui n'a pas lu ou entendu dire : « *Je fais de l'ostéopathie crânienne, vertébrale, viscérale…* » ? Il est donc impératif de trouver un système, un modèle qui permette de retrouver l'unité.

Coupés des sources

Par ailleurs, coupés des textes sources essentiels que sont *Contributions of Thought* et *Teachings in the Science of Osteopathy*, nous n'avons pu discerner l'évolution de la démarche de Sutherland, qui est passé d'une conception mécanique articulaire à un concept membraneux, puis liquidien et fluidique, pour, à la fin de sa vie, envisager les choses sur un plan presque purement spirituel (Jealous, 1997). Le phénomène a encore été aggravé par le fait que pendant très longtemps, la seule référence concernant l'enseignement du concept crânien fut la troisième édition du livre de Magoun qui, après la mort de Sutherland, a éliminé de la présentation du concept tout ce qui n'était pas *scientifiquement présentable*, le cantonnant dans une vue biomécanique. Ainsi, aujourd'hui, nous décrivons et vivons bien souvent le concept crânien non seulement comme séparé du reste du corps, mais en nous focalisant presque exclusivement sur la mécanique, oubliant le *bio* (qui vient du grec *bios*, la « vie »), c'est-à-dire la vie qui l'anime.

Un concept scientifiquement impossible

Dernier point, et non des moindres, le concept crânien se vit dans la palpation, par les ressentis du praticien, en relation avec les tissus vivants de son patient. Tout cela est aujourd'hui scientifiquement insaisissable. Cette question a été suffisamment développée, aussi n'y reviendrons-nous pas. Cet aspect nous démarque du système biomédical actuel, et rend la communication difficile. Une des raisons majeures vient de l'assimilation du subjectif à l'irrationnel et de l'objectif au rationnel. Cette association est particulièrement abusive en ce qu'elle amalgame deux concepts désignant des choses

différentes : le sujet et l'objet d'une part, la raison d'autre part. Il est parfaitement possible d'aborder rationnellement l'univers subjectif, c'est-à-dire en utilisant sa raison, comme il est possible d'appréhender irrationnellement l'univers objectif. Par bien des points, la démarche scientifique actuelle, en refusant purement et simplement de considérer ce qui n'est pas mesurable, est irrationnelle, d'autant qu'elle s'adresse au vivant.

NOTRE MODÈLE D'ORGANISATION DU CORPS

Toutes ces constatations et expériences m'ont conduit à proposer un modèle du corps vivant fondé en grande partie sur la formulation de Sutherland. La différence tient au point de vue dont le niveau d'abstraction est supérieur et intègre l'ensemble en un tout cohérent. Au lieu de les opposer comme cela se fait habituellement, utilisons la pensée dialogique d'Edgar Morin qui doit nous aider à intégrer dans notre conception, mais également dans notre vie de praticien, les concepts de structure et de fonction, de matière et de vie, d'homme suspendu et d'homme debout.

Un système de consciences organisées

Comme nous avons envisagé la cellule comme une conscience déterminant un espace limité par une membrane et centré sur un fulcrum, nous pouvons envisager le corps comme une organisation d'espaces et de limites, centrés sur des fulcrums. Un espace organisé de consciences ou un espace de consciences organisées… Cette juxtaposition d'espaces limités finit par constituer des volumes et donc des *formes**, le tout manifestant un mouvement permanent d'expansion/rétraction, manifestation perceptible de la vie.

Le corps devient alors un ensemble liquidien pulsatile rythmique (expansion/rétraction), organisé par un système de cloisonnement fibreux (membranes, fascias), centré mécaniquement sur le fulcrum de Sutherland.

Dans cette considération, la première structure organisatrice est la dure-mère qui, par son inélasticité, transforme le mouvement d'expansion/rétraction tissulaire multidirectionnel en créant des points de restriction de mouvement et des zones de liberté. Ainsi, la dure-mère *gouverne* le système, organise sa mécanique. C'est elle qui permet l'apparition de mouvements différenciés dans le système crânio-sacro-vertébral de ce que nous connaissons depuis Sutherland comme mouvements de flexion/ extension des os impairs et médians et de rotation externe rotation interne des os pairs et périphériques.

Nous savons également que dans le temps d'expansion du système, la flexion/rotation externe des structures situées sur l'axe crânio-sacro-vertébral, induit une descente de tous les tissus périphériques attachés directement à la base du crâne ou au bassin, la remontée étant induite lors de la rétraction induisant l'extension/rotation interne. Mais ces mêmes tissus périphériques, os compris, étant eux-mêmes vivants, possèdent une pulsation rythmique qui leur est propre — une motilité —, et qu'ils manifestent individuellement au sein de ce mouvement collectif, ce qu'ont bien mis en évidence Barral et Mercier dans leur approche viscérale. Selon l'attention et l'intention que nous utilisons pour contrôler notre perception, nous *ressentirons* de manière privilégiée l'un ou l'autre de ces mouvements qui sont, rappelons-le, coexistants. Ces différents mouvements sont aujourd'hui bien connus des ostéopathes, qui ont tenté de les codifier. Nous allons les considérer comme intégrés au sein de mouvements plus généraux, témoignages relatifs de phénomènes plus absolus reliés à la vie elle-même et à sa manifestation.

Assez curieusement, ces mouvements ne vont pas nous intéresser particulièrement : lorsque nous les percevons comme normaux et harmonieux, ils nous indiquent que la vie parvient à se manifester sans difficulté. La structure vivante n'a alors pas besoin de notre aide. Ce qui va nous intéresser particulièrement, c'est le non-mouvement, qui témoigne d'une difficulté de la vie à se manifester et provoque des altérations dans la mécanique intime ou micro-mécanique primaire de l'ensemble corporel, cause d'altérations dans la macro-mécanique secondaire du système corporel. En ce sens, nous rejoignons tout à fait la pensée stillienne : « *Tout explorer attentivement, ne jamais abandonner tant que la cause n'est pas découverte et utiliser ce que la main de la nature a placé dans ses œuvres, ne jamais négliger les petites choses car elles contiennent souvent de précieux joyaux.* » (Still, 1999, 57.)

En gros, nous pouvons imaginer le corps comme une méduse. L'image ne séduit pas d'emblée, à cause de ce qu'évoque pour nous la méduse. Elle symbolise pourtant particulièrement bien à mes yeux l'idée de mouvements de fluides au sein de fluide. La seule séparation en fluides intérieurs et fluides extérieurs confère au système identité et organisation mécanique, sans pour autant modifier sa nature profonde : celle de fluide.

Évidemment, c'est l'expérience palpatoire que nous ferons de ce système qui nous permettra d'accéder à la fluidité des structures. Pour l'organisme humain, nous devrions plutôt parler de leur *plasticité*, étant donné que la matérialité de certaines structures, l'os notamment, les rapproche de l'univers physique.

Le corps, un lien entre des univers de nature apparemment différente

Nous considérons le corps comme un trait d'union entre deux apparents opposés, l'univers matériel et l'univers spirituel, une *interface** entre ces deux *mondes*, permettant d'établir une relation entre eux ; relation entre le monde ouvert, celui de la vie, et un monde fermé, celui de l'univers physique : « *Si la vie est un personnage individualisé, dirons-nous pour exprimer ce mystérieux quelque chose, elle doit être dotée d'arrangements définis lui permettant de s'unir à la matière et d'agir avec elle.* » (Still, 1902, 249.) Il est donc logique que se rencontrent et s'affrontent dans le corps les éléments typiques de chacun de ces deux univers : la densité de l'univers physique et la fluidité de la vie. La partie matérielle correspond à l'ensemble des matériaux issus de l'univers physique. Ils servent à constituer une structure concrète, permettant à la vie, abstraite, immatérielle et organisatrice de se manifester dans la matière. La structure vivante semble sans cesse à la recherche d'une tension réciproque équilibrée entre l'espace infini, l'expansion, que recherche la vie, et l'espace concentré, la rétraction, que représente l'univers physique. « *Entre le monde sensible, ou physique, ou grossier, et l'Absolu non manifesté existe une série de niveaux de l'énergie et de la matérialité, de plus en plus subtils ou raffinés, auxquels les cinq sens ne nous donnent pas accès. Ces niveaux s'interpénètrent, un peu comme une éponge contient de l'eau, l'eau contient de l'oxygène et de l'hydrogène, les molécules contiennent des atomes, les atomes contiennent..., etc. Ces niveaux existent en l'homme mais l'homme n'en est ordinairement pas conscient.* » (Desjardins, 1972 III, 56-57.)

Still exprime quelque chose de très proche : « *Lorsque la matière dépasse son degré d'atomisation maximum, elle devient vie, et agit et se conforme pour s'adapter au corps de n'importe quel être de l'univers. Quand la matière n'est plus divisible, elle devient un fluide de vie qui s'unit facilement à d'autres atomes, pour devenir une masse de matière vivante pouvant se recristalliser en forme, attribuée par les causes parentes.* » (Still, 1902, 254.)

Le concept de l'homme debout, luttant contre la pesanteur, nous semble se relier à l'appartenance du corps à l'univers physique, alors que le concept de l'homme suspendu se relie à l'univers non matériel. Rappelons que, dans le corps vivant et en état de santé, les deux sont intégrés et fonctionnent en harmonie. J'adopte un point de vue privilégiant l'homme suspendu parce que j'attribue à cette partie du composite une plus grande causalité au niveau de la manifestation de la vie et de l'organisation du système. Il privilégie également le concept de conscience corporelle, donc de possible communication qui nous permet d'établir une véritable interaction avec la structure corporelle vivante afin de l'aider dans les difficultés manifestées à la recherche de l'homéostasie. Cette modélisation n'ajoute ni ne retranche strictement rien à ce qui est déjà connu concernant l'anatomie, la physiologie et les autres points de vue à partir desquels l'organisation corporelle est examinée. Elle propose un autre point de vue d'observation et d'intervention, un niveau de causalité supérieur, dont l'objectif est d'inclure, d'englober les autres, pas de les exclure. « *La question n'est donc plus : "Laquelle des écoles thérapeutique a raison ?", mais : "Lesquelles des hypothèses élaborées sur le mode du* comme si *produisent les meilleurs résultats concrets ?. Il se peut que les dogmes voient leur déclin approcher.* » (Watzlawick, 1993, 36.)

Les finalités du corps

Nous pouvons considérer que le corps possède deux finalités associées, mais différentes que l'état de conscience ordinaire ne nous permet pas de discerner.

La première finalité est de survivre, c'est-à-dire de continuer d'exister en tant qu'organisme vivant. De

cette pulsion fondamentale découlent un certain nombre de *comportements** dont nous nous proposons d'analyser ultérieurement les plus fondamentaux afin d'en extraire une compréhension dont découlera une conduite à tenir en tant que praticien. La seconde finalité est de servir de véhicule à la conscience qui l'anime et l'utilise, *Je* ; ce *Je* que la plupart des philosophies orientales dissocient du corps et localisent à peu près au niveau du fulcrum de Sutherland, le centre mécanique. Un hasard sans doute…

« *En premier, le corps matériel, en second, l'être spirituel, en troisième, un être de pensée de loin supérieur à tous les mouvements vitaux et aux formes matérielles, dont le devoir est de diriger sagement ce grand mécanisme de vie.* » (Still, 1999, 30.)

QUESTIONS / RÉPONSES

Une question agite notre milieu, celle de la synostose de la SSB avec l'âge. Qu'en pensez-vous ?

L'argumentation n'est pas sans fondement, mais, à mon avis, la critique devrait s'adresser au modèle utilisé plus qu'à la possible mobilité des structures crâniennes. Magoun dit à ce propos : « *Le sphénoïde et l'occiput, avec les parties pétreuses des temporaux, forment la base réelle du crâne. Ce sont des vertèbres modifiées articulées par un disque intervertébral modifié en synchondrose qui subsiste jusqu'à l'âge de 25 ans. Même après la synostose, la symphyse garde sa flexibilité.* » (Magoun, 2001, 123.) Il évoque la flexibilité. Sutherland nous dit : « *Les tissus osseux sont également fluides.* » (Wales ed., 1990, 127.) J'évoque personnellement la plasticité. Le malentendu vient pour moi du modèle. Pour expliquer la mécanique osseuse crânienne, et notamment celle de la symphyse sphéno-basilaire, on a utilisé un modèle *solidiste* (des leviers rigides articulés sur des axes fixes) pour modéliser un système *plastique*. Il s'agit de deux niveaux d'abstraction et de perception différents. Ce qui vaut pour un niveau ne vaut pas forcément pour l'autre.

Si le modèle des roues dentées utilisé pour représenter la mobilité entre sphénoïde et occiput au niveau de la symphyse sphéno-basilaire est intéressant pour se représenter le mécanisme, il n'est qu'une très grossière approximation de la réalité qui a conduit plus d'un à supposer l'existence d'une vraie articulation qui n'existe pas. Le modèle s'est ensuite figé dans nos esprits et nous avons eu besoin de soutenir l'existence d'une articulation pour expliquer le mouvement.

J'imagine le mouvement d'ouverture entre occiput et sphénoïde lors de la flexion comme l'ouverture et l'épanouissement d'une fleur. Bien malin qui pourrait décrire un axe, alors que c'est toute la fleur qui s'ouvre. Il n'y a pas d'axe, il s'agit d'une déformation des structures. Et je suis toujours sidéré de voir comment, aujourd'hui encore, on tatillonne sur l'existence et la position d'axes qui sont au mieux virtuels ou plus certainement n'existent pas. Nos esprits se sont, eux, figés dans une conception solidiste du système crânien qui ne lui convient pas du tout.

Ma réalité du système crânien me vient de ce que j'en perçois beaucoup plus que ce qui s'en dit. De plus, je perçois le mouvement crânien, même chez les personnes âgées. Il est souvent moins ample et moins rapide que chez le jeune, mais il existe bel et bien. Je suis même parfois surpris de constater que les mouvements de ces structures ne sont pas toujours en adéquation avec l'âge de la personne : je ressens chez certaines personne âgées une vigueur dans l'expression de leur vie tissulaire qui ferait pâlir d'envie bien des jeunes.

Vous évoquez le modèle du mécanisme respiratoire primaire de Sutherland, mais ne parlez pas du liquide céphalo-rachidien. Pourquoi ?

Sutherland et certains de ses successeurs accordent beaucoup d'attention au liquide céphalo-rachidien, qu'ils considèrent comme fluctuant et auquel ils accordent des pouvoirs quasi magiques. N'oublions pas que tout cela est la modélisation de perceptions et ne repose actuellement sur aucun fait mesuré donc scientifiquement reconnu. Notre modèle postule que toute structure vivante manifeste sa conscience par une alternance d'expansion/rétraction. Il devient alors évident que *toutes* les structures du corps manifestent une alternance d'expansion/rétraction, induisant une fluctuation de *tous* les liquides du corps, liquide céphalo-rachidien compris. Je ne lui accorde donc pas de place particulière. N'oublions pas non plus que c'est une perception subjective, non confir-

mée par des expérimentations objectives, ni par la physiologie. Enfin, rien dans mon expérience personnelle avec les structures corporelles, crâne compris, ne vient *valider** l'idée d'une fluctuation spécifique du liquide céphalo-rachidien, pas plus que celle de quelque pouvoir magique. C'est pourquoi je n'en parle pas.

Vous avez indiqué que vous ne vous intéressiez pas à la mobilité normale des structures. Pourtant, Still nous encourage à considérer le normal, des ostéopathes contemporains tels Jealous ou Sills, nous encouragent à travailler avec la santé qui est toujours présente. N'y a-t-il pas contradiction ?

La contradiction n'est qu'apparente. L'idée que la santé est toujours présente est pour moi particulièrement importante. À quoi correspond philosophiquement la santé pour un ostéopathe ? Elle me semble correspondre à l'expression libre de la vie dans la structure. À ce moment, nous avons une structure mécaniquement libre, et une fonction efficiente. Donc, santé et normalité n'ont pas besoin d'aide ! Ce qui m'intéresse, c'est ce qui empêche cette santé de s'exprimer normalement. L'idée sous-jacente est qu'une fois ces limitations enlevées, la santé se manifestera de nouveau, parce que c'est la normalité pour une structure vivante. L'objectif n'est donc pas de rétablir la santé, mais d'enlever les obstacles qui l'empêchent de s'exprimer.

Vous citez Masiello qui prétend que la vie est un principe organisateur. Si la vie est organisatrice, comme vous le suggérez, l'organisation matérielle visible est la manifestation d'une organisation immatérielle invisible. Vous n'en dites rien. Pourquoi ?

L'idée d'une organisation non matérielle sous-jacente à l'organisation matérielle observable est ancienne. On la retrouve notamment dans les philosophies orientales. Le système des chakras de la philosophie hindoue en est une illustration. Plus récemment, les travaux de Rupert Sheldrake sur la causalité formative défendent la thèse d'une organisation immatérielle régissant l'organisation matérielle. Il développe l'idée que chaque type de cellule, de tissu, d'organe et d'organisme a son propre champ. Ces champs façonnent et organisent les micro-organismes, les végétaux et les animaux en développement, et stabilisent les formes des organismes adultes. Il propose de les nommer champs morphiques. Selon lui, des *champs morphiques* organisent également le comportement animal et humain, les systèmes sociaux et culturels, et l'activité mentale (Sheldrake, 1985).

Je ne dispose d'aucun élément pour affirmer ou d'infirmer ce concept. Je n'ai pas travaillé dans cette voie, de sorte que l'expérience ne vient pas à mon secours. Voilà une voie possible de recherche pour les futurs ostéopathes !

Vous envisagez beaucoup l'aspect spirituel des choses. Cela ne risque-t-il pas de nous couper du monde scientifique, et de nuire à l'ostéopathie ?

Je ne vois pas l'ostéopathie comme une science, mais comme un art. En tant qu'homme, en tant que philosophe, et à coup sûr en tant qu'ostéopathe, je ne puis m'empêcher de constater que l'humain vivant ne se limite pas à quelque chose de matériel. Dans ces conditions, pourquoi se limiter à cet aspect des manifestations de la vie ? À partir du moment où l'on s'intéresse à la vie en tant que cause et non pas seulement à ses manifestations, la recherche échappe au domaine scientifique, en tout cas telle qu'on l'envisage aujourd'hui. En revanche, même en reconnaissant à la vie une origine non matérielle, il me semble possible d'aborder son étude de manière rationnelle. C'est ce que j'ai essayé de faire.

Quant à la nuisance possible pour l'ostéopathie, la question peut se retourner : l'approche scientifique est particulièrement réductrice. Le courant biomédical actuel nous montre un exemple peu enthousiasmant. En limitant notre point de vue à l'approche scientifique, ne nous empêchons-nous pas d'étudier la chose essentielle : la vie ?

Finalement, toute cette superbe organisation ne suggère-t-elle pas l'existence d'un créateur intelligent comme ne cesse de le répéter Still ?

Votre question évoque deux concepts : intelligence et création. Il est difficile de regarder, d'observer d'étudier l'univers sans y voir un système intelligent, cohérent, répondant à quelque finalité. Peut-on pour autant, comme Still, inférer que le Créateur, possédait déjà en lui les « *plans et spécifications* » (Still, 1902, 258) ? Je n'en suis pas certain. Selon le modèle de la conscience, on peut imaginer une Conscience, origine de toutes les consciences et qui centre l'Univers. Mais je ne vois comme caractéristique que la conscience, c'est-à-dire *être*, le *Verbe*. L'intelligence est sans doute venue plus tardivement, au fur et à mesure que l'évolution a obligé les créatures à trouver des solutions de survie pour préserver leur conscience. Nous rejoignons le vieux débat du hasard et de la nécessité (Monod, 1970).

En tant que Cause, la conscience me suffit. Elle me semble l'essence même des choses et des êtres. C'est une clé essentielle dans la compréhension du vivant.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE MAINTENANT

Nous allons analyser comment se comporte une structure vivante face à une difficulté mettant en jeu la qualité de sa survie. Puis nous analyserons les conséquences locales de ce comportement et les répercussions possibles sur l'ensemble du système corporel. Nous analyserons enfin les principales origines des difficultés pour la vie des structures du corps.

> *« Le corps a été conçu pour exister pendant une certaine période de temps. C'est un système complet de tissus et de liquides en mobilité et motilité constantes. Il est doté d'un mécanisme volontaire et d'un mécanisme involontaire pouvant être utilisés pour la vie quotidienne et pour conserver la santé. Le Dr Still nous a donné la science de l'ostéopathie nous permettant de comprendre le corps comme une unité, ainsi que le concept crânien. Le Dr Sutherland disait souvent que sa contribution à l'anatomie et à la physiologie détaillées du mécanisme crânio-sacré était le prolongement de la science de l'ostéopathie conçue par le Dr Still : un corps-une unité de fonction. »*
>
> (Brooks ed., 1997, 116.)

SURVIVRE 7

« Chaque stress laisse une cicatrice indélébile,
et après une situation de grand stress,
l'organisme paie pour sa survie en devenant un peu plus vieux. »
Hans Selye, *The Stress of Life*, p. 429.

Puisque pour maintenir sa conscience d'exister un organisme doit échanger avec son environnement, nous allons l'envisager comme un *système relationnel* par nature, constamment pris dans le dilemme d'échanger avec l'extérieur (conserver la sensation d'exister), tout en préservant son identité (maintenir une séparation). Cette dualité le rend vulnérable et le conduit à des réponses comportementales particulières. Nous envisagerons donc la manière dont il réagit face aux difficultés dans ses *relations** de vie.
« Physiquement, mentalement et émotionnellement, le corps est en échange constant avec son environnement externe. Cet environnement externe va de l'entourage immédiat de l'individu aux étendues les plus lointaines de l'univers. Dans ce cas, pourquoi séparer l'environnement interne et l'environnement externe ? L'expression "l'homme et son environnement" peut être exprimée par un seul terme : la biosphère. » (Wales ed., 1997, 204.)
Mais la compréhension actuelle de ces phénomènes résulte d'une lente évolution jalonnée d'étapes, chacune apportant une ou des réponses générant immédiatement de nouvelles questions nécessitant impérieusement des réponses…

LA ROUTE DES FASCIAS

Dès le début de mon apprentissage de l'ostéopathie, j'ai vu Viola Frymann travailler avec des techniques sur les fascias. Je trouvais fascinant de la voir *dérouler* une partie du corps, avant de reprendre le crâne du patient et de poursuivre son traitement. Faute de pouvoir passer comme *cobaye*, j'interrogeais avidement les heureux élus pour obtenir leurs impressions et tenter de comprendre ce qui s'était passé : *« Et alors, ça t'a fait quoi ? »* Les descriptions indiquaient toujours des ressentis profonds, libérateurs, finalement agréables.
Vue de l'extérieur, la réalisation de ces techniques semblait ressortir à la magie. Le comble était atteint lorsqu'elle pratiquait sa technique de déroulement vertébral global, debout derrière le patient assis sur la table, en le tenant par les épaules et la tête. À la voir ainsi pratiquer, certains étaient tellement troublés qu'ils criaient au délire. Pour moi, c'était plutôt le désappointement qui dominait. Je ne doutais pas de la réalité de ce qui se passait – le peu que nous connaissions de Viola Frymann ne permettait pas d'envisager l'imposture, et les ressentis exprimés par les patients ne laissaient aucun doute sur l'action de la technique –, mais j'étais douloureusement convaincu de n'être jamais capable de réaliser ces *prouesses*. N'oublions pas que dans les années 70, tout cela était absolue nouveauté, du jamais vu. Viola nous disait bien que nous pouvions y parvenir nous aussi, que ce n'était pas si difficile, qu'il fallait persister : *« Si vous ne réussissez pas la première fois, essayez, essayez encore. »* (Frymann, 1998, 196.) Alors, j'ai essayé, encore et encore, et un jour, comme par miracle, j'ai senti un membre supérieur semblant animé d'un mouvement propre, indéfinissable, ne

correspondant à rien de connu sur le plan mécanique. La première réaction fut bizarrement la peur, qui arrêta immédiatement la perception. La difficulté à suivre fut longtemps le principal écueil, jusqu'au moment où j'ai accepté de *suivre* là où la structure semblait vouloir aller, sans plus me poser de questions sur la justesse du mouvement ou son induction éventuelle. Peu à peu, s'installa une meilleure maîtrise, mais les ressentis des patients cobayes n'étaient pas aussi *frappants* que ceux décrits lorsque la technique était réalisée par Viola elle-même.

En regardant les autres pratiquer, j'étais étonné par la diversité des qualités de mouvement. Avec certains praticiens, les mouvements étaient très rapides et amples, avec d'autres plus lents, avec certains peu amples, etc. En tant que patient (cobaye), mes ressentis corporels variaient également beaucoup selon la personne qui pratiquait la technique.

Finalement, j'eus moins de mal à ressentir quelque chose avec ces techniques qu'avec l'approche crânienne. A posteriori, j'attribue cette plus grande facilité au fait que dans la technique fasciale, le droit m'était accordé de suivre ce que je ressentais, sans m'imposer *quoi sentir* ; du coup, la perception pouvait s'épanouir plus facilement.

Pourquoi ce mouvement ?

La question qui se présenta rapidement fut de comprendre pourquoi et comment il était possible que les tissus se mettent ainsi en mouvement, et pourquoi ces mouvements se révélaient libérateurs. C'est encore Viola Frymann qui nous a mis sur la voie, grâce à la métaphore du fil du téléphone : « *Dans le passé, le fil du téléphone était toujours comprimé et enroulé, il y avait un moyen pour dérouler le fil emmêlé, la technique était très simple. Pendant qu'un bout du fil était maintenu, on laissait pendre le récepteur à l'autre bout, son propre poids créait ainsi une force de traction. Le récepteur commençait à tourner et les nœuds se démêlaient, d'abord dans une direction et puis dans l'autre jusqu'à ce que le fil soit droit. Par quelle force ceci se produit-il ? C'est par l'énergie interne libérée par le fil soumis à la traction de son propre poids. C'est exactement, le même principe qui permet de libérer les forces naturelles et de rééquilibrer la structure du corps.* » (Frymann, 1998, 299.) Cette image décrit une libération d'énergie s'effectuant dans le mouvement. Aujourd'hui, ce phénomène m'apparaît toujours comme essentiel dans ce que je perçois en approche tissulaire : *libération d'énergie par le mouvement*.

Pourquoi cette énergie bloquée ?

La question qui suivit rapidement fut de savoir pourquoi et comment l'énergie pouvait s'emmagasiner dans les structures corporelles, les domaines connus de l'enseignement paramédical de base ne fournissant aucune réponse.

L'analyse du whiplash, notamment l'accident de voiture, commença d'apporter quelques réponses. À cette époque, les ostéopathes crâniens américains décrivaient particulièrement bien ce qui se passe au niveau du mécanisme crânio-sacré dans les accidents de voiture. Lorsque la personne est ceinturée, la tête est le segment du corps le plus mobile. La violence du choc lui impose des mouvements particulièrement brutaux, qui sont transmis par la dure-mère jusqu'au sacrum où l'arrivée de ce flux intense provoque le phénomène du coup de fouet (*whiplash*) dont résulte le blocage du sacrum et du bas du dos.

Mais à l'évidence, ce mécanisme n'est que la manifestation particulière d'un phénomène plus général. Dans le whiplash en effet, la charge d'énergie est transmise à *toutes* les structures corporelles. C'est donc l'ensemble des structures corporelles – fascias compris – qui la prend en charge et la transmet dans tout le corps où elle se dissipe dans le mouvement. Lorsque les structures tissulaires ne parviennent pas à dissiper l'énergie et s'il n'y a pas rupture, elles semblent en retenir une partie. Le nom qui m'est venu à ce moment pour qualifier ce phénomène fut *saturation d'énergie**. Une saturation d'énergie se produit là où une structure tissulaire ne parvient pas à transmettre, dissiper la charge d'énergie cinétique qu'elle reçoit. Si elle ne se rompt pas, elle en conserve une partie.

De l'inertie

Ce phénomène m'est apparu comme se reliant à la physique et j'ai ressenti nécessaire de tenter de l'analyser à ce niveau. Deux éléments sont ici primordiaux : la charge d'énergie ($Ec = 1/2\ mv^2$) et le temps dont la relation mutuelle s'exprime dans le concept d'*inertie**. La relation quantité d'énergie/temps fait que la structure vivante parvient ou non

à absorber ou dissiper la charge d'énergie qui lui parvient. En effet, la même charge transmise dans un temps nettement plus long ne provoquerait pas les mêmes problèmes, les structures corporelles disposant de suffisamment de temps pour la dissiper.

Pour nous aider à comprendre la réaction tissulaire face à l'énergie cinétique, imaginons un bateau sur l'eau, immobile, et que nous disposons d'une certaine quantité d'énergie pour le faire avancer. Nous pouvons choisir de diluer, transmettre cette énergie de deux manières extrêmes. La première consiste à transmettre la charge d'énergie dans un temps très court, ce qui donne une force intense mais brève. Le bateau avance peu, car son temps d'inertie dans l'eau n'étant pas respecté, il se comporte comme un ensemble fixe, la plus grande partie de l'énergie transmise étant renvoyée. La seconde consiste à diluer la charge d'énergie dans un temps long. La force ainsi créée est peu intense mais persistante et le bateau avance cette fois docilement.

Cet exemple illustre un autre aspect de la réponse face à l'énergie cinétique : le temps nécessaire pour mobiliser un corps dépend de sa masse et du milieu dans lequel il évolue. Le temps nécessaire pour vaincre l'inertie d'un corps dans l'eau est beaucoup plus important que dans l'air. Si nous nous souvenons que le corps humain est constitué d'au moins 65 % d'eau, nous pouvons imaginer que le temps de réponse des tissus face à une sollicitation extérieure demande un certain temps.

L'inertie tissulaire, c'est-à-dire le temps nécessaire aux tissus pour se mettre en mouvement ou modifier leur mouvement existant, devient ici un élément essentiel : selon sa nature, la structure tissulaire possède une densité qui lui est propre (le muscle est moins dense l'os, etc.). Or, l'inertie d'une structure (sa réticence au mouvement) est proportionnelle à sa densité physique. De sorte que certains tissus conduisent plus facilement l'énergie (opposent moins de résistance) que d'autres. Par ailleurs, le flux d'énergie est ralenti, voire arrêté dans sa progression, là où la densité est plus grande et particulièrement là où il y a changement dans l'homogénéité de la densité, c'est-à-dire au niveau des insertions et particulièrement des insertions osseuses qui sont donc des zones privilégiées de rétention d'énergie.

Conséquences mécaniques des saturations

Il est courant de remarquer chez nos patients certaines zones du corps paraissant anormalement denses, tendues et inertes, sans que cela corresponde à de la contraction ou de la contracture musculaire. De telles zones existent d'ailleurs à l'évidence dans des régions ne comportant pas d'insertions musculaires. Ce phénomène ne serait apparemment pas sous le contrôle du système nerveux.

Pour qualifier ce ressenti au sein des tissus, les mots se présentèrent spontanément : *densité, tension, inertie*. Déjà conscient de la nécessité d'une nomenclature adéquate, ma première réaction fut de définir ces mots avec précision, ce qui entama un cycle de recherche des plus fructueux sinon des plus faciles. En effet, densité, tension et inertie sont des concepts se rapportant à l'univers physique dont ma compréhension n'était pas sans failles… Et Valéry de susurrer encore : « *Ce qui passe pour évident cache souvent des choses qui le sont moins.* »

LE CORPS, UN SYSTÈME DUEL

C'est un truisme de dire que le corps appartient pour une partie à l'univers physique, matériel. Still l'exprime souvent, à sa manière : « *La vie pénètre la forêt de chair qu'est l'homme. Elle va, construisant sagesse et aptitude. Elle commence par les atomes de chair, les ajoute les uns aux autres, par millions, ajustant attentivement chacun pour convenir à la forme exigée par les plans et spécifications, afin de créer une demeure physique permettant l'union de l'esprit et de la matière.* » (Still, 1902, 258.) Il dit également : « *La pensée que le mouvement est le seul et unique témoignage de la vie nous conduit à considérer la machinerie au sein de laquelle œuvre la vie pour accomplir les résultats qui en témoignent sous forme de "mouvement".* » (Still, 1902, 250.) Pour comprendre une partie des phénomènes corporels, il semble donc non seulement légitime, mais sans doute indispensable de nous intéresser à cet univers, dont le dictionnaire nous dit qu'il est l'ensemble des éléments matériels qui nous entourent.

Univers physique et matière

Le physicien d'aujourd'hui réduit l'univers physique à trois éléments fondamentaux dont l'association et

la combinaison concourent à la création et à la persistance du monde matériel : l'espace, le temps et l'énergie.

Le mot *espace* est d'origine latine : *spatium* signifie « étendue », « distance ». Parmi les définitions que donnent les dictionnaires, nous avons retenu celle-ci : « *Étendue indéfinie qui contient et entoure tous les objets.* » (Larousse.) L'espace est donc la distance qui sépare les choses ou éléments de l'univers physique. La définition que nous en donnons ici est reliée à la perception que nous en avons, à l'expérience que nous en faisons (espace objectif) et ne nous dit rien sur son essence (espace subjectif, consécutif à la conscience d'être, à la dialectique moi/non-moi). Notre perception de l'espace nous le fait considérer comme possédant trois dimensions.

Le mot *temps* vient du latin *tempus*, « division de la durée », « moment », « instant ». « *Période pendant laquelle une action ou un événement se déroule* », ou encore : « *dimension représentant la succession de ces actions ou événements* » (Encarta), ou encore : « *durée considérée comme une quantité mesurable* » (Larousse). Notre perception du temps (le temps objectif, celui que nous expérimentons) se relie à l'observation d'une succession de moments, d'instants que nous vivons comme « temps présent ». Remarquons tout de suite que, pour le physicien, seul le temps présent existe : « *Le présent est le champ éternel des possibilités s'expérimentant elles-mêmes en tant que forces abstraites comme la lumière, la chaleur, l'électricité, le magnétisme ou la gravité. Ces forces n'appartiennent ni au passé, ni au futur. Elles sont.* » (Chopra, 1995, 86-87.)

Les investigations modernes en mathématiques, en physique et en astronomie ont montré qu'espace et temps font partie du même continuum, l'espace-temps, ou continuum spatio-temporel. Sur le plan subjectif (l'essence), espace, temps et énergie sont indissociables : la création de la conscience crée l'espace (moi, le centre par rapport à un infini extérieur non-moi), le temps (un état présent dans lequel j'existe par rapport à un avant où je n'existais pas) et la potentialité de l'énergie par création de pôles d'échange (moi/non-moi).

Le Robert nous dit que dans son sens physique, le mot *énergie* vient de l'anglais *energy*, lui-même issu du grec *energeia*, signifiant force en action. Sur le plan de la physique, l'énergie se définit comme « *la capacité que possède un système à produire un travail* » (Encarta). Il existe plusieurs formes d'énergie, notamment mécanique, thermique, électrique, solaire, rayonnante, etc. L'énergie peut passer d'une forme à une autre, ou se décomposer en plusieurs formes, mais les physiciens du XIXe siècle ont montré que l'énergie totale du système demeure constante. L'énergie peut être non manifestée (potentielle) ou circuler, se manifestant généralement sous forme de *flux**. Là encore, nous nous intéressons à l'énergie telle que nous pouvons l'expérimenter directement ou indirectement. Nous restons dans le domaine objectif, n'évoquant pas ce qu'*est* l'énergie.

Still reconnaissait que tous les organismes vivants sont constitués de matière : « *Une fois réduite à sa plus grande finesse atomique possible, la matière peut servir à constituer n'importe quelle forme corporelle parce que, par nature, toute substance contient en espèce celles de toutes les autres espèces, et qu'elle peut donc facilement prendre la forme d'un homme, d'une bête, d'un oiseau, d'un reptile, cette finesse correspondant à celle de la nourriture spirituelle ou pouvoirs mobilisateurs de la vie.* » (Still, 1902, 254.)

Le mot *matière* vient du latin *materia* et désigne « *la substance, réalité constitutive des corps, douée de propriétés physiques* » (Larousse). « *Tout ce qui occupe un certain volume et possède des propriétés de gravité et d'inertie.* » (Encarta.) Également : « *Substance particulière dont est faite une chose et connaissable par ses propriétés.* » (Larousse.)

À la suite d'Einstein, les physiciens ont montré que matière et énergie dépendent étroitement l'une de l'autre et qu'il est possible de transformer la matière en énergie, et l'énergie en matière : « *On considère maintenant que l'énergie et la matière ont une origine commune dans les systèmes dynamiques que nous nommons particules.* [...] *Ces systèmes dynamiques, ou "faisceaux d'énergie", forment les structures stables, nucléaires, atomiques et moléculaires qui constituent la matière en lui donnant son aspect solide macroscopique, nous faisant ainsi croire qu'elle est faite de quelque substance matérielle. Au niveau macroscopique, la notion de substance est une approximation commode, mais au niveau atomique, elle n'a plus guère de sens. Les atomes se composent de particules et ces particules ne sont faites d'aucune substance matérielle. Lorsque nous les observons, nous ne voyons jamais aucune substance ; ce que nous voyons sont*

des systèmes dynamiques se transformant continuellement les uns dans les autres. Une danse perpétuelle de l'énergie. » (Capra, 1990, 79.)

Matière et cycles

L'atome, longtemps considéré comme le plus petit composant de la matière, est constitué par la combinaison de particules élémentaires. Il peut se représenter, nous dit le physicien, comme un noyau sphérique renfermant des nucléons (protons et neutrons), autour duquel gravitent des électrons. Un atome, c'est donc essentiellement de l'espace vide avec des particules en mouvement. La matière, c'est l'art de faire quelque chose avec rien, de créer du persistant avec de l'éphémère. C'est en effet la répétition des *cycles** de rotation des particules atomiques autour du noyau qui crée la persistance de la matière. Elle est donc illusion, destinée à faire croire à nos sens qu'elle est consistante. C'est encore une fois par l'intermédiaire de notre système sensoriel que nous percevons et étudions la matière. Mais ce que nous observons et étudions n'est sans doute pas l'essence des choses. Remarquons également que toute manifestation obéit à la loi des cycles. Un cycle est la description de l'existence ou de la manifestation d'une chose. Une chose naît, existe et meurt. *Tout est cycle, dans notre univers*, y compris l'univers.

Matière et évolution

On a longtemps considéré que la matière ne pouvait exister que sous trois états : gazeux, liquide, solide. Still la considère comme un état solidifié de la vie : « *Lorsque la matière dépasse son degré d'atomisation maximum, elle devient vie, et agit et se conforme pour s'adapter au corps de n'importe quel être de l'univers. Quand la matière n'est plus divisible, elle devient un fluide de vie qui s'unit facilement à d'autres atomes, pour devenir une masse de matière vivante pouvant se recristalliser en forme, attribuée par les causes parentes.* » (Still, 1902, 255.)

La matière est une manifestation complexe. Les atomes se combinent pour former des molécules qui elles-mêmes se combinent en ensembles plus complexes, etc. Cette considération place la matière dans une logique d'évolution du simple vers le complexe : « *De nombreux auteurs ont décrit la matière comme une longue chaîne d'éléments de complexité croissante. Cette chaîne commence avec les particules les plus élémentaires que nous connaissons et s'étend jusqu'aux sociétés humaines. À chaque niveau, les éléments de même nature se combinent pour former des structures qui relèvent d'un niveau supérieur d'organisation. Teilhard de Chardin fut probablement l'un des premiers à mettre en évidence que cette caractérisation correspondait également à une classification chronologique.* » (Heudin, 1998, 37.)

Les propriétés des molécules, leur arrangement et la nature des liaisons chimiques donnent à la matière ses qualités telles que masse, dureté, viscosité, fluidité, couleur, goût, résistivité électrique et conductivité thermique. Pour signifier la relation énergie/matière tout en restant simples, nous considérerons que *la matière est de l'énergie concentrée, stabilisée et organisée dans l'espace et dans le temps.*

Densité, tension, vitesse

J'ai dit plus haut ressentir une zone de rétention par ses densité, tension et inertie augmentées. Il s'agit là de caractéristiques physiques. Il doit donc être possible de les relier aux éléments fondamentaux que sont espace, temps et énergie.

Au niveau palpatoire, la *densité* se perçoit comme compacité. Le concept de densité se comprend mieux en comparant une boule de billard et une orange. Dans un volume quasi identique, l'une renferme une plus grande quantité de matière que l'autre. La matière se déduisant de l'énergie, on peut exprimer la densité comme étant l'accumulation dans une zone d'espace d'une certaine quantité d'énergie. Elle correspond donc à la relation de l'énergie à l'espace. À partir du moment où de l'énergie est retenue en excès dans un espace donné, il est logique de percevoir une augmentation de la densité de cette région.

Au niveau palpatoire, la *tension* se perçoit comme telle. L'image qui vient est celle d'un ballon trop gonflé. Ici, il n'y a pas plus de matière dans l'espace considéré. Nous faisons correspondre la tension à l'intensité ou à la relation de l'énergie au temps.

La *vitesse* enfin (lorsqu'il y a mouvement) exprime la relation de l'espace au temps. Dans le cas de saturation, elle est inversement proportionnelle à la densité et à la tension. Nous parlons alors d'inertie.

Énergie / Espace ——> Densité
Énergie / Temps ——> Tension
Espace / Temps ——> Vitesse

LES EFFETS DE LA SATURATION D'ÉNERGIE

Sur le plan physique, la saturation d'énergie évoquée plus haut, correspond à de l'énergie concentrée et stabilisée dans l'espace et dans le temps. Si nous rapprochons cette constatation de la définition de la matière (énergie concentrée, stabilisée et organisée dans l'espace et dans le temps), nous obtenons quelque chose de très proche. À la saturation manque seulement l'organisation. Elle reproduit donc un phénomène de matière, mais sans être organisée, ou en tout cas pas de la même manière que la zone corporelle à laquelle elle s'impose, ce qui la rend d'autant plus perturbatrice.

Des conséquences mécaniques

Parce qu'elle provoque une augmentation de densité et de tension, une zone de saturation se rétracte. Si nous rapprochons cela de l'organisation des tissus profonds du corps – et notamment des fascias – en toile d'araignée, il devient logique de penser qu'une rétention entraîne un *gauchissement* de la mécanique profonde et subtile de la structure corporelle, que le système devra compenser pour maintenir ses constantes mécaniques : « *Maintenant, si une force adverse vient perturber ce dispositif primaire idéal, elle laissera derrière elle une trace, une énergie pathologique directionnelle. Et cela, quelle que soit la nature de cette force, qu'elle soit externe ou interne, traumatique, infectieuse, psychologique ou héréditaire. Si les mécanismes vitaux sont en bon état et si cette force adverse est suffisamment faible, l'énergie pathologique additionnelle sera rapidement dissoute et dispersée, et tout rentrera dans l'ordre ; sinon elle subsistera. Et alors, les forces saines biodynamiques devront non seulement composer avec elle en créant des "compensations", mais elles devront aussi l'intégrer plus ou moins complètement afin de maintenir l'équilibre de l'ensemble.*

Ces forces adverses intégrées, ces "énergies biokinétiques", comme les appelle Rollin Becker, feront donc alors tout à fait partie du système fonctionnel ; et celui-ci ne sera plus seulement anatomo-physiologique, mais bien "anatomo-physiologico-pathologique". Il demeurera certes en équilibre, mais ce sera un équilibre relatif, un équilibre affaibli : il se cherchera en oscillant entre les trajectoires instables des énergies biodynamiques et biokinétiques. » (Duval, 1976, 24.)

Des conséquences biologiques

Les conséquences sont également biologiques. Une des principales est d'ordre circulatoire : l'augmentation de la densité, de la tension et de l'inertie perturbe les micros circulations locales, notamment sanguine et lymphatique, ce qui rejoint la règle de l'artère chère à Still et nous permet de retomber sur nos pieds ostéopathiques. Une zone saturée sera donc une zone de stagnation de liquides, retenant de ce fait déchets et toxines.

Par ailleurs, relation structure/fonction oblige, cette zone relativement immobile dans laquelle la circulation est ralentie, ne peut fonctionner de manière optimum. La ou les fonctions qu'elle est chargée d'assumer seront par conséquent ralenties, avec des conséquences plus ou moins importantes dans l'économie générale de l'organisme qui mettra en jeu un système de compensation.

Cette considération établit et reconnaît la relation mutuelle existant entre mécanique et biologique : la perturbation mécanique entraîne la perturbation biologique et inversement.

Une augmentation de la vulnérabilité

Une zone saturée est en état d'hypofonctionnement, elle est donc vulnérable. Elle sera de ce fait la première victime de situations ultérieures saturantes, ne pouvant répondre comme elle l'aurait fait si son fonctionnement était optimal. Cela s'applique à toutes sortes de situations, traumatiques, circulatoires ou toxiques.

La désaturation

Le modèle énergétique nous offre une compréhension des techniques fasciales de déroulement : elles créent les conditions permettant à l'énergie retenue dans une structure de se libérer, ce qu'elle fait – à l'instar du fil du téléphone – dans le mouvement. Lorsque l'énergie bloquée a fini de se libérer, le mouvement s'arrête et le niveau de densité et de tension diminue, la structure retrouvant une meilleure mobilité inhérente. La mécanique corporelle se rapproche de la normale et les compensations que l'altération générait n'ont plus de raison d'être. Enfin, la circulation locale des fluides reprend son cours, la physiologie de la région pouvant elle aussi redevenir normale.

LONGTEMPS SATISFAIT

La modélisation des phénomènes de saturation d'énergie a constitué pour moi une étape majeure dans la compréhension du comportement du vivant. Elle a fourni une assise de cohérence à mes yeux suffisamment convaincante, me procurant un fulcrum assez stable pour opérer avec efficacité et faire taire les doutes engendrés par une perception incertaine du début. Le doute diminuant, la perception a pu s'épanouir considérablement, à tel point que je me suis longtemps satisfait de ce modèle pour comprendre et expliquer mon action de praticien. Ainsi, peu à peu, a été mis au point un système et des techniques permettant de détecter et de traiter les zones de saturation.

Cet épanouissement s'accompagna d'une bien meilleure efficacité thérapeutique. De plus, un patient physicien de haut niveau trouvant quelque bon sens à l'exposé de la théorie physique des saturations d'énergie, je me sentis du même coup presque scientifiquement légitimé. Cela fut suffisant pour faire taire pendant longtemps les petites voix qui parfois susurraient à mon oreille intérieure des *oui mais* trop dérangeants pour les écouter. L'essentiel de ces *oui mais* signifiait que c'était trop simple pour être vrai. Comme les résultats étaient relativement bons (tellement meilleurs qu'auparavant…), je les faisais taire sans arrière-pensée. Un de ces *oui mais* exprimait que ce qui était théorisé comme saturation d'énergie pouvait s'appliquer au traumatique, mais pas à certaines autres situations de la vie, provoquant des densifications et tensions parfois intenses, sans qu'il y ait eu traumatisme. Superbe, j'y répondais en affirmant que tous, nous avons connu dans notre vie des situations traumatiques constituant une base d'énergie stagnante sur laquelle d'autres situations non traumatiques s'appuient pour provoquer ou augmenter densité et tension.

Pourtant ces *oui mais* finirent par engendrer un doute. Curieusement, plus le doute augmentait, plus les résultats diminuaient : « *Le doute peut se comparer à un petit ver qui s'introduit dans un morceau de bois et le dévore de l'intérieur. Le doute se développe en dévorant la logique préexistante qui l'entoure. Le doute mobilise l'entropie du système, amorçant une réaction en chaîne qui est lente mais dont les effets n'en sont pas moins dévastateurs, et qui peut produire des changements dans le système entier.* » (Watzlawick, 1993, 96.) Dès lors, il a suffi de peu de chose pour que tout ce bel échafaudage logique se trouve remis en question.

DE LA CONSCIENCE DE LA MÉCANIQUE À LA MÉCANIQUE DE LA CONSCIENCE

Le chambardement commença lors de la visite d'un patient qui m'apprit être cascadeur professionnel. In petto se formula une pensée du genre : « *Un cascadeur, ça va pas être triste dans les tissus !* » Et curieusement, même si la structure tissulaire présentait quelques saturations d'énergie, elle était « anormalement » mobile et peu dense par rapport à ce que son activité et l'exposition aux flux d'énergie en tout genre pouvaient laisser supposer. La question fusa : « *Comment se fait-il que cet homme exposé à toutes sortes de contraintes énergétiques, mécaniques et autres, ne présente pas plus de saturations d'énergie dans le corps, alors que beaucoup de patients, pour des expositions bien moindres et moins répétées en présentent de très fortes ?* »

Accepter ou non

La première réponse qui se présenta fut liée à l'entraînement. En effet, ces personnes s'imposent un entraînement quotidien qui habitue l'organisme à supporter des contraintes au-dessus de la moyenne. Mais cette réponse n'était pas totalement satisfaisante : automatismes et savoir-faire n'étant pas encore acquis, ces phases d'entraînement sont des moments potentiellement encore plus traumatisants, donc générateurs de saturations.

Une seconde réponse me parut d'emblée plus satisfaisante : l'acceptation du cascadeur qui est là pour subir ce qu'il subit, il est d'accord pour le vivre. Excellent, docteur ! Mais cette seconde réponse ouvrait à une grande inconnue contribuant à relativiser considérablement le modèle théorique de la saturation : en quoi le fait d'être d'accord ou pas d'accord pour vivre quelque chose change d'un iota les phénomènes de transmission d'énergie dans le corps ? Eh bien, voilà justement le problème. Pourquoi ?

Cette première vraie mise en cause fut suivie d'autres, confirmant le questionnement : le traitement

d'un ancien catcheur chez qui le niveau de saturation d'énergie n'était pas en accord avec ce qu'il était censé avoir subi ; l'*anamnèse** de certains patients ayant vécu des situations traumatisantes et présentant un niveau de saturation bien faible par rapport au vécu raconté, et à l'inverse, de nombreux patients ayant vécu des situations relativement anodines au regard de l'énergie, et présentant des saturations très importantes.

Ce qui me préoccupait, ce n'était pas tellement de constater qu'accepter de vivre une situation traumatique ou simplement difficile engendre moins de saturations que de refuser de la vivre. Après tout, cette constatation corroborait des vécus personnels et ne me choquait pas particulièrement. Mais quid du mécanisme ? Comment, en effet, expliquer ce phénomène, alors que les lois de la physique, jusqu'à nouvel ordre, sont les mêmes pour tous ?

Préserver la conscience

Les réponses ont commencé à poindre quand le concept de *conscience d'une structure vivante*, tel qu'il a été exposé plus haut, s'est affirmé. Cette conception a radicalement modifié ma manière d'envisager comment une structure vivante confronte son environnement. Le concept est passé d'une considération de structure subissant passivement les contraintes imposées par l'environnement à celle d'une structure *en relation* avec l'environnement mais devant concilier échange et préservation de son identité, ou de sa conscience, ce qui revient au même.

Avant même la fonction physiologique qu'elle est censée assumer, la première préoccupation de toute structure vivante m'est apparue être de continuer d'exister, c'est-à-dire survivre. Alors, *secondairement*, la survie étant assurée, la ou les fonctions dévolues à cette structure tissulaire sont automatiquement assumées. Cela rejoint la citation de Rollin Becker concernant la philosophie de la cellule (être), point de départ de ma réflexion. Comment, dès lors, procède-t-elle pour préserver sa survie lorsqu'elle se sent menacée ?

La solution la plus logique n'est-elle pas de tenter de s'isoler, de diminuer la communication avec l'environnement désormais considéré comme hostile, bref, de s'individualiser davantage ? Pour s'isoler, un excellent moyen est de rendre la membrane moins perméable. Et comment faire cela, si ce n'est en la resserrant, en augmentant sa tension ? Est-ce à dire *en retenant de l'énergie* ?

Une menace quant à la survie amènerait la structure à réagir en s'individualisant davantage, pour exprimer qu'elle existe malgré tout ? Elle retient de l'énergie et devient réticente à communiquer, elle s'isole, pour continuer d'exister comme entité, au prix d'un échange diminué avec l'environnement.

Ainsi modélisons-nous le *comportement* d'une structure vivante confrontée à une menace reconnue de son environnement. Cela nous permet de retrouver notre modèle de densification : qui dit énergie bloquée, ou retenue, dit densité, tension et inertie augmentées. Nous retrouvons la cohérence reposant sur les lois de l'univers physique. De plus, la structure tissulaire conduit moins bien l'énergie à cause de l'augmentation de la densité. Rendue vulnérable aux flux la traversant, sa résistance à communiquer initie un comportement désormais différent, qui se fonde sur la résistance ou le refus comme gage de survie. Résister, refuser, devient une solution fonctionnelle de survie. Cette solution sera donc systématiquement mise en œuvre en premier dès qu'une anomalie ou un danger sont repérés dans l'environnement de la structure vivante.

Saturation devient rétention

Avec ce nouveau point de vue, ce n'est plus seulement l'agent agresseur qui nous intéresse, mais le *comportement* de l'agressé face à l'agression. Nous voilà dans le relatif le plus absolu. Dans toute situation, nous devons évaluer les facteurs objectifs (énergétiques et autres), mais également les facteurs subjectifs (acceptation ou refus) qui modifient la relation, engendrant ou non de la résistance ou du refus de communiquer donc de la rétention d'énergie.

Cette prise de conscience m'a conduit à débaptiser la saturation, qui évoquait un phénomène passivement subi, pour l'appeler *rétention* qui implique de la part de la structure vivante une réponse, en général non consciente, mais active, de retenue d'énergie visant à tenter de s'isoler du danger qui la menace.

Il est même bien possible que ce type de réponse – retrait, résistance, refus –, ait commencé d'exister avec la structure vivante et que, par conséquent, nous la retrouvions, intégrée au mécanisme même

du vivant dont la première réaction face à l'adversité est le retrait, la résistance, le refus avec tous les effets secondaires qui en découlent : « *La conscience matérielle, c'est-à-dire le mental dans la Matière, s'est formée sous la pression des difficultés – des difficultés, des obstacles, des souffrances, des luttes. Elle a été pour ainsi dire "élaborée" par ces choses, et cela lui a donné une empreinte, presque de pessimisme et de défaitisme, qui est certainement le plus grand obstacle.* [...] *C'est la grande base, l'immense base de la Vie. La vie est appuyée là-dessus : sur ce NON. Un non qui prend mille formes, des millions de formes et de petites maladies ou de petites faiblesses, mais qui vont toutes vers leur soif du non final : la mort.* » (Satprem, 1976, 199.) Quel étrange paradoxe : des réponses de survie conduisant à la mort, faute de conscience !

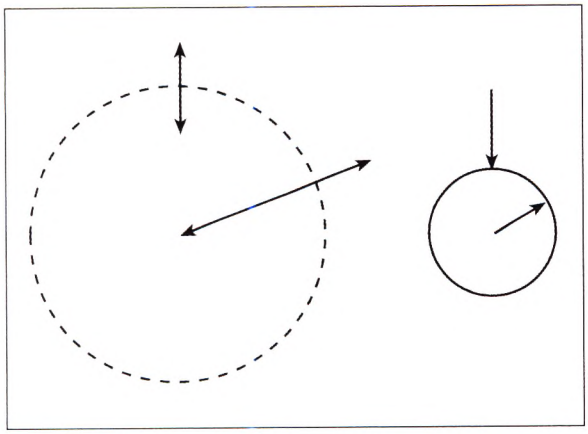


Figure 8. Cellule en rétention.

Ce modèle comportemental peut s'appliquer aux structures simples, mais également aux structures complexes reproduisant macroscopiquement les comportements des structures microscopiques qui les composent. Dans nos vies, nous reproduisons ce type de comportement, chaque fois que nous sommes confrontés à des situations que nous considérons comme agressives ou dangereuses : « *L'expérience clinique a démontré que, par une ironie du sort, ce sont souvent les tentatives mêmes du patient de résoudre le problème qui en fait l'alimentent. C'est donc la solution tentée qui devient le véritable problème.* » (Watzlawick, 1993, 86.) Watzlawick parle ici de solutions qui, parce qu'elles ont fonctionné à un moment de la vie d'un système vivant, sont systématiquement réutilisées ultérieurement, sans adaptation aux changements des situations. Seule la conscience de cette inadaptation peut permettre de suspendre le mécanisme, mais l'abstraction nécessaire à cette prise de conscience ne semble pas accessible à une cellule vivante. Elle a besoin d'un point d'appui extérieur. C'est ce que le praticien en techniques tissulaires se propose de lui offrir.

En revanche, on peut imaginer que ce mécanisme si fondamental à la vie et à la survie d'une structure vivante a puissamment participé à l'évolution. Les rétentions d'énergie et les densifications entraînées ayant fini par s'organiser, et s'intégrer, modifiant ainsi la structure des organismes vivants et leur permettant d'évoluer, donc de survivre.

La mécanique de la conscience

Avec le mécanisme respiratoire primaire, William Garner Sutherland nous décrit une *mécanique de la conscience* : c'est la conscience qui produit l'alternance d'expansion/rétraction d'une cellule vivante, mouvement primaire que la vie manifeste dans toute structure vivante. À l'image des cellules qui le composent, le corps peut s'envisager comme un assemblage liquidien pulsatile rythmique, structuré par un système de cloisonnement fibreux (membranes, fascias), dont le mouvement est organisé par la dure-mère et centré mécaniquement sur le fulcrum de Sutherland.

La mécanique corporelle subtile devient donc la manifestation de la conscience de la structure vivante et du même coup, l'altération de la conscience d'une zone tissulaire modifie sa mécanique, altérant celle de tout le système, selon l'image de la méduse déjà évoquée.

Comme évoqué dans le chapitre 5, *Être*, on peut également imaginer que plusieurs consciences se manifestent au sein de la structure vivante, chacune ayant son rythme, ce qui pourrait expliquer la perception de différents rythmes déjà évoquée dans les pratiques sur la présence : selon la conscience avec laquelle le praticien se syntonise (consciemment ou non), il perçoit un rythme d'expansion/rétraction différent.

Ainsi, je n'envisage plus l'organisme comme une mécanique accessoirement vivante, mais comme un système vivant accessoirement mécanique. Voilà pourquoi au lieu de m'intéresser d'abord à la mécanique, j'en suis venu à m'intéresser d'abord à la vie et aux activités relationnelles du vivant.

ANATOMIE D'UNE RÉTENTION

Résistance – refus

La réticence à échanger, pouvant aller jusqu'au refus engendre la rétention d'énergie. Acceptation/refus constituent un couple, mais au lieu de n'en considérer que les extrêmes, nous leur appliquerons la pensée dialogique, envisageant de nombreux états intermédiaires. La résistance peut donc aller du plus bas degré, la simple réticence, à son plus haut degré, le refus. Rappelons que dans ce modèle, la résistance se matérialise par une augmentation de la tension de la membrane de la structure vivante, elle-même conséquence de la rétention d'énergie. La résistance peut également s'interpréter comme une manière pour la structure vivante de se sentir exister malgré l'augmentation des contraintes externes hostiles à sa survie. Mais le niveau d'échange ou de communication de la structure vivante se trouve diminué, proportionnellement à l'importance de la résistance. L'échange devient plus difficile, nécessite plus d'efforts, donc de dépense énergétique…

Dans ce modèle, toutes les autres propriétés des zones de rétention découlent de ces premiers éléments. Certaines s'expriment plus particulièrement par rapport à la conscience, d'autres par rapport à l'univers physique.

Diminution de la conscience

Puisque nous sommes partis de l'idée que l'échange rythmique d'une structure vivante avec son environnement lui permet d'expérimenter son état d'existence, de maintenir sa conscience, nous allons en déduire que la diminution des échanges diminue d'autant la qualité de la conscience, de sa qualité d'être. Les échanges diminués font que la structure vivante existe moins pour elle-même, mais également pour l'organisme auquel elle appartient (la conscience naît de l'échange, la vie est réciprocité…). Autrement dit, si elle communique moins avec l'organisme, l'organisme communique moins avec elle et de ce fait, elle sort en partie du schéma de conscience de l'organisme. Une conséquence essentielle est que l'organisme n'a pas conscience des zones de rétention existant en son sein. Une zone de rétention est quasiment muette. Un patient ne nous parle donc jamais de ses rétentions – il les ignore –, seulement de ses inconforts, correspondant la plupart du temps à des zones de compensation, qui sont conséquentes.

Cette constatation me conduit à formuler une remarque sur les limites de l'anamnèse dans la pratique. Même si elle est importante, l'anamnèse ne saurait donner toutes les informations. Elle taira en particulier des choses essentielles liées aux rétentions, par définition inconscientes.

Augmentation de la vulnérabilité

La capacité de survivre d'une structure vivante étant directement proportionnelle à sa faculté d'échanger avec l'environnement, le fait de diminuer ses échanges, s'il lui donne la possibilité de continuer d'exister, diminue en même temps d'autant son aptitude à survivre… Une zone chroniquement en état de rétention devient donc beaucoup plus vulnérable, et des flux qui antérieurement n'auraient pas déclenché de réaction de résistance vont désormais le faire. Elle va ainsi se retirer davantage, d'autant plus que la résistance a déjà été initiée comme système de survie efficace et aura tendance à se perpétuer comme tel.

Augmentation de la densité, de la tension et de l'inertie, rétraction

La structure vivante manifeste sa réticence ou sa résistance à communiquer par la rétention d'énergie, provoquant une concentration d'énergie dans l'espace et dans le temps, ce qui se rapproche de la définition de la matière. La zone devient plus dense, se rétracte, est plus tendue, moins apte au mouvement. Ici s'exprime peut-être le lien étroit existant entre les éléments référant à l'univers physique et ceux référant au vivant, entre l'objectif et le subjectif. Le corps manifeste à la fois son être vivant et son être physique, tous deux associés et complémentaires.

Des conséquences mécaniques importantes

Pour plusieurs raisons, densification et rétraction d'une zone de rétention constituent une propriété importante.

La rétraction crée un fulcrum non physiologique. Le concept de fulcrum est particulièrement important à saisir. Il s'agit bien d'un point d'appui, d'un centre – ici mécanique –, organisant un système. Le corps peut

être envisagé comme un ensemble de fulcrums relativement mobiles les uns par rapport aux autres, tous centrés sur le fulcrum mécanique résultant, situé au centre du crâne, au niveau du sinus droit et appelé fulcrum de Sutherland.

Précisons ici que le concept de fulcrum ne s'applique qu'à une structure de nature fluide ou plastique, c'est-à-dire souple, déformable. Sur une structure rigide, constituée de leviers articulés, nous parlerons d'axes.

Une zone de rétention crée donc un nouveau fulcrum qui vient s'imposer à un système déjà organisé et, bien entendu, le perturbe. En conséquence, le système est obligé de créer un ou des cycles de compensation ou d'adaptation pour ramener ses constantes mécaniques internes à des valeurs compatibles avec l'homéostasie.

Se rétractant, la zone de rétention attire à elle tous les tissus qui lui sont connectés. Si cela perturbe la mécanique profonde du corps, l'obligeant à créer des compensations, cela permet également de la localiser : puisqu'elle attire à elle les tissus connectés, elle attirera notre main si celle-ci se trouve à proximité et en communication avec des tissus connectés à la zone de rétention. Ainsi, bien que ne communiquant pas ou mal, la rétraction, malgré ses conséquences fâcheuses, offre également une aide pour la trouver : elle attire.

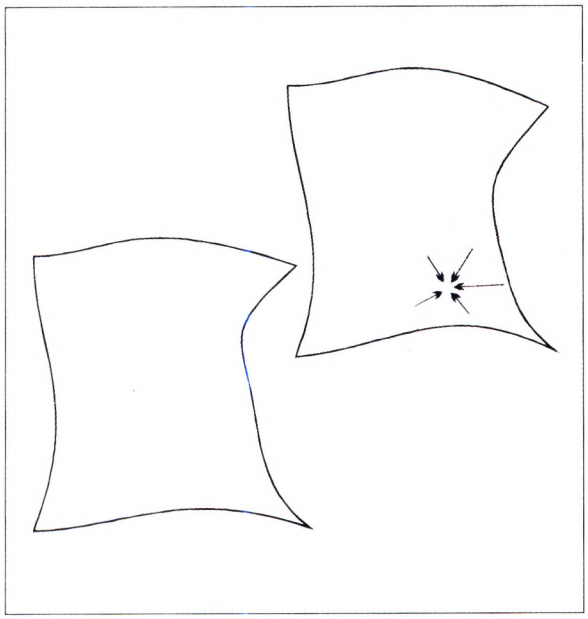


Figure 9. Une zone qui retient l'énergie se rétracte et attire les tissus connectés.

Rétention et cycles

Puisqu'une rétention correspond à de l'énergie arrêtée, elle correspond à un cycle d'énergie non terminé. Rappelons qu'un cycle d'énergie correspond à un flux. Le cycle d'un flux comporte trois étapes. Il commence par la création d'une différence de potentiel, se poursuit avec la circulation de l'énergie et la création de ses effets secondaires, et se termine par l'équilibration des charges énergétiques, qui fait disparaître la différence de potentiel.

Retenir de l'énergie, c'est arrêter son cycle normal d'écoulement ou autrement formulé, la maintenir à l'état potentiel.

Rétentions et vieillissement

Qu'est-ce qui différencie une structure tissulaire jeune d'une structure âgée ? Vu de l'extérieur, c'est indubitablement la capacité au mouvement. Densité, tension, inertie, rigidité, toxémie, non-communication, sont les caractéristiques mêmes du vieillissement. Elles témoignent de l'altération de la relation structure/fonction, la structure prenant le pas sur la fonction. L'accumulation des flux bloqués dans l'espace et dans le temps nous apparaît donc aujourd'hui comme un des facteurs primordiaux du vieillissement tissulaire. Si, comme le disent Durck Pearson et Sandy Shaw dans leur livre *Life extension*, « *le vieillissement est un processus de dégradation biochimique à multiples facettes* » (Pearson et Shaw, 1993, 5), on peut penser que les rétentions d'énergie se produisant progressivement au cours de la vie en sont pour une bonne part responsables. Les mêmes auteurs écrivent : « *Les diverses théories sur le vieillissement se rapportent à différents aspects de ce processus un peu à la manière des aveugles de la parabole qui cherchaient à décrire un éléphant. Chaque théorie parvient à expliquer certains des aspects du vieillissement mais aucune d'entre elles ne les explique tous. Face à la prolifération des théories sur le vieillissement et au développement prodigieux de la base de données servant à l'élaboration de ces théories, il devient presque impossible de s'y retrouver, certaines des classifications initiales se présentant en vrac, se chevauchant même.* » (Pearson, 1993, 139.)

Bien entendu, je ne prétends aucunement disposer d'une théorie scientifiquement valide sur la question, mais il n'est pas besoin d'être grand clerc pour comprendre qu'une structure vivante en rétention,

dont la communication est altérée, qui est dense, tendue, au sein de laquelle les différents flux liquidiens sont ralentis, ne peut vivre donc survivre de manière optimum. On peut fournir à cette structure les meilleurs ingrédients vitaminiques, minéraux, enzymatiques, protéiques, si elle n'est pas apte à échanger correctement avec son environnement, elle sera incapable d'en profiter.

Je ne prétends pas non plus avec ces techniques, prolonger la vie – quelle présomption ! Certains auteurs affirment même que le temps de vie d'un organisme vivant serait génétiquement programmé. En fait, nous n'en savons rien. Ce qui nous intéresse en revanche, c'est que ce temps de vie puisse se réaliser de manière optimum, avec le moins de dégradation possible. Pourvu que les matériaux indispensables et de qualité soient fournis, et que la communication tissulaire soit bonne, on peut sans risque inférer que la qualité de vie de l'organisme sera à coup sûr meilleure, quelle qu'en soit la durée. Et je pense que la contribution de l'ostéopathie tissulaire à ce programme peut être non négligeable.

Contenu d'une rétention

« *L'énergie est une* information* *en mouvement et elle n'est que cela.* » (Brinette, 1992, 23.) Utilisée par les bio-énergéticiens, cette définition m'apparaît comme particulièrement pertinente. Elle tient compte en effet des deux aspects – subjectif et objectif – d'un même concept. Elle m'a permis de saisir que retenir de l'énergie, c'est également retenir de l'information et de comprendre ainsi certains phénomènes se produisant parfois lors de libération de zones de rétention, les décharges émotionnelles, par exemple. De l'information, Brinette nous dit qu'elle est « *un concept* qui se déplace* » (Brinette, 1992, 23). Cela suppose que nous définissions clairement les mots *concept*, *information* et *informer*.

Le mot *concept* vient du latin *conceptus*, participe passé du verbe *concipere*, « former en son sein, contenir ». « *Représentation abstraite et générale d'une chose ou d'un fait.* » (Encarta.) « *Représentation intellectuelle d'un objet conçu par l'esprit.* » (Larousse.) « *Représentation mentale générale et abstraite d'un objet. Idée (générale), notion, représentation ; conception, conceptualisation : abstraction, généralisation. Les concepts sont indépendants des langues.* » (Robert.) Ce dernier point est capital à connaître et à comprendre : un concept est une représentation de quelque chose, mais cette représentation est indépendante du langage utilisé pour l'exprimer. Cela nous sera très utile pour communiquer avec la structure vivante, qui répond au concept (à l'information), mais pas au langage. Du concept, retenons qu'il s'agit d'une représentation abstraite de quelque chose. On peut également dire que c'est la représentation qui demeure après une expérience.

Le mot *information* vient également du latin *informatio*, « dessin », « esquisse », « idée », « conception ». Parmi les définitions de information, Larousse propose : « *Élément de connaissance susceptible d'être codé pour être conservé, traité ou communiqué.* » Nous sommes donc là très proches de l'idée de concept. C'est la définition que nous utiliserons pour notre modèle.

Informer, c'est « *transmettre une information* » (Larousse), « *donner une structure, une forme, une signification à quelque chose* » (Universalis). Cette dernière définition est particulièrement intéressante, puisqu'elle évoque l'idée de forme, que nous utiliserons avec l'intention.

Plus les consciences sont évoluées, plus les informations qu'elles échangent sont sophistiquées. Cette sophistication impose un codage (le langage parlé et l'écriture sont des codages). Pour être transmise, une information doit la plupart du temps être codée à l'émission, puis décodée et dupliquée à la réception. Chacune de ces étapes constitue une source potentielle d'altérations. Ainsi, moins il y a d'intermédiaires dans la transmission de l'information, moins il y a de risque d'altérations.

L'information d'une rétention

Une structure vivante qui résiste ou refuse de communiquer parce qu'elle sent sa survie menacée, vit une situation contenant de l'information, plus ou moins riche, plus ou moins complexe, selon la situation vécue. Nous allons avancer qu'une structure vivante résistant ou refusant de communiquer retient un certain nombre d'éléments du domaine de l'information, en relation avec l'événement même qui a produit le refus. Une zone de rétention se trouve donc susceptible de renfermer différentes informations, relatives aux flux d'énergie impliqués dans sa création ; par exemple :

Décision, considération, refus. Pour qu'une chose existe chez le vivant, il faut une décision qui la fasse exister (un *je suis* en quelque sorte). Il peut être difficile d'imaginer ce que peut être la décision ou la considération d'une structure tissulaire. Nous avons du mal à l'imaginer parce que nous projetons dans la structure tissulaire le même concept de conscience que celui qui nous anime. Il faut être beaucoup plus simple. La conscience tissulaire est une conscience basique, presque exclusivement fondée sur le *je/non-je*, de la pensée quasiment binaire donc. Les réponses à ce niveau seront donc également basiques, fondées sur le type de réponse associée, c'est-à-dire le *oui/non*. La décision sera donc *non* pour refuser de communiquer. Il y a peu de place ici pour le *peut-être*...

La non-communication est la conséquence directe du refus. Nous l'avons déjà évoquée et n'y reviendrons pas ici.

L'inconscience peut également, comme déjà évoqué, faire partie de l'information contenue dans une zone de rétention. Combien de fois avons-nous vu un patient qui semblait relativement éveillé et présent à ce qui se passait dans la séance, sombrer tout à coup dans l'inconscience, puis, au moment où le processus de libération se terminait, tout à coup émerger et dire : « *Oh, j'allais m'endormir !* » Cet endormissement peut s'interpréter comme l'inconscience émergeant de la zone qui s'est libérée.

Le mouvement peut faire partie de l'information retenue dans une zone de rétention, notamment si l'incident qui a produit le refus contenait beaucoup d'énergie cinétique. La libération se fera alors essentiellement dans et par le mouvement, ce qui peut se traduire par des déplacements tissulaires à la fois amples et rapides. Ce type de libération est assez caractéristique du whiplash.

La douleur fait souvent partie de l'information retenue dans les tissus. Elle est même très probablement à l'origine de ce qui a motivé la résistance et le refus. Elle signe l'arrivée sur une zone du corps d'une quantité d'énergie trop forte pour être gérée, ce qui déclenche l'apparition de la douleur. Au moment de la libération d'une rétention, le patient verbalise souvent une douleur. Mais elle est différente de la douleur inflammatoire apparaissant immédiatement au contact ou à la mobilisation d'une zone corporelle. Celle-là, apparaît au cours du processus, progressivement, et n'est quasiment jamais intolérable, même si elle peut parfois être forte. Le patient verbalise souvent *une douleur qui fait du bien*, signifiant par là qu'elle correspond à un processus de libération.

L'émotion est également très fréquente en tant que contenu informatif d'une zone de rétention. Nous avons tous également expérimenté la libération émotionnelle se produisant au cours d'un relâchement tissulaire. L'émotion fait bien évidemment partie de la vie et nous l'évoquerons plus largement ultérieurement.

Résidus chimiques et toxines stagnent souvent au niveau d'une rétention, soit parce que la situation qui a produit la rétention comportait un substrat chimique, soit à cause de la stagnation fluidique résultant du refus de communiquer. La libération de ces résidus ou toxines peut expliquer certains phénomènes (fatigue, douleurs diffuses, etc.) se produisant au moment d'une libération de rétention, ou dans les heures ou jours qui suivent (toxines libérées dans la circulation et que le corps doit drainer).

Un index de position dans le temps et l'espace est également une information enregistrée avec la rétention tissulaire. Cela est logique, puisque la situation qui a engendré la rétention s'est déroulée à un certain moment de la vie de l'individu et que le corps à ce moment occupait une position particulière dans l'espace. Au cours d'un processus de libération, il arrive souvent de sentir les tissus du patient aller vers une position correspondant à celle du traumatisme qui a engendré la rétention. La rétention d'énergie est une réponse à une agression. Lorsqu'elle persiste, alors que l'événement qui l'a générée a disparu, elle laisse la structure figée dans un présent qui n'existe plus, *un présent du passé* qui l'amène à vivre le présent avec des paramètres du passé donc à être inadaptée à la vie présente. Le corps, qui doit gérer cela ne peut jamais être totalement dans le présent, ce qui perturbe son fonctionnement. Le corps vivant est ainsi chargé de zones de rétention qui sont autant de passés continuant d'exister dans le présent. « *Tout événement mental, émotionnel et physique qui dévie, empêche ou interrompt les libres rythmes inhérents à la vie, forge un maillon dans la chaîne reliant l'homme à son passé.* » (Frymann, 1998, 253-254.)

Ce qui vient d'être exprimé sur les phénomènes de rétention et la retenue d'information évoque irrésistiblement le concept de *mémoire**. Retenir de

l'énergie, c'est retenir de l'information. L'énergie *arrêtée* devient potentielle et porteuse d'une information bloquée dans la rétention qui perturbe la vie de la structure et l'empêche de *vivre au présent*. Cette mémorisation est d'autant plus perturbatrice qu'elle est inconsciente. Elle constitue une altération non accessible spontanément à la conscience de l'individu, et régit à son insu une partie de la vie de la structure tissulaire. Nos techniques de libération sont donc extrêmement bienvenues pour l'organisme. « *Les patients et leurs problèmes ne reviennent pas sur leurs pas pour recouvrer la santé : la santé est* MAINTENANT. » (Brooks ed., 1997, 247.)

Résumons :

Flux bloqués = non-communication
Flux bloqués = immobilité
Flux bloqués = densité plus forte
Flux bloqués = rétraction
Flux bloqués = mort relative

LA CRÉATION DU « CAS » OSTÉOPATHIQUE TISSULAIRE

Cette modélisation nous amène à comprendre que le corps semble accumuler facilement les rétentions d'énergie et que le patient qui cherche de l'aide aujourd'hui par rapport à un symptôme, nous présente un composite complexe, ensemble confus de rétentions/compensations, de mémoires indésirables, accumulées dans un ordre défiant la systématisation. Avec la compréhension du mécanisme de création des rétentions, est venu le désir d'appréhender leur mode d'accumulation et d'organisation mutuelle, avec le secret espoir d'y découvrir quelque systématique permettant de mettre au point une méthode de traitement cohérente.

Les flux bloqués dans l'espace et dans le temps

On peut imaginer qu'une zone ayant commencé à retenir de l'énergie continuera d'en retenir de plus en plus. Sa communication étant diminuée, son aptitude à intégrer avec succès des flux (donc de l'information) est réduite. De plus, ayant commencé à *refuser pour survivre*, des flux non foncièrement perturbateurs produiront une augmentation du refus, ne pourront être normalement intégrés, seront bloqués, contribuant ainsi à augmenter la rétention. Les flux ayant tendance à se bloquer dans une région dont la communication est altérée, la saturation que nous rencontrons aujourd'hui dans une partie du corps, résulte de flux qui sont venus se bloquer à des moments différents. Il y a juxtaposition dans un espace restreint de rétentions qui se sont créées à des moments différents. Par ailleurs, nous ne connaissons pas la chronologie de l'accumulation des rétentions dans cet espace restreint. Seul l'organisme la connaît, grâce notamment à l'index de position dans le temps faisant partie de l'information retenue.

Enfin, l'ensemble des informations retenues dans cette zone du corps provient d'événements différents, d'où la grande complexité du contenu informatif bloqué dans la région (voir schéma ci-dessous).

Les tentatives d'organisation du corps

Une zone de rétention crée un fulcrum non physiologique qui s'impose à un système organisé, l'obligeant à gérer le changement. À cause notamment de la perturbation mécanique entraînée par la création de cette zone en rétraction, le système est obligé de créer un ou des cycles de compensation pour ramener ses constantes mécaniques internes à des valeurs compatibles avec l'homéostasie.

Chaque rétention se créant dans une nouvelle zone s'impose donc à un système constitué de ses fulcrums

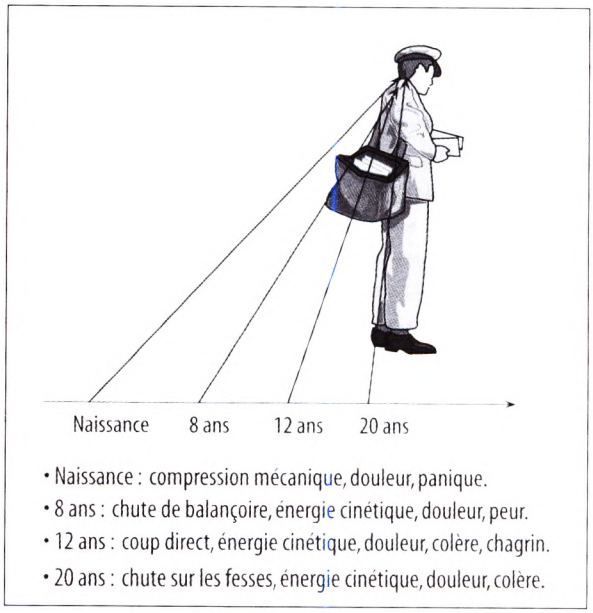


Figure 10. Constitution du « cas ostéopathique tissulaire » par accumulation des rétentions dans l'espace et le temps.

physiologiques auxquels sont venus s'imposer des fulcrums non physiologiques, chacun de ces fulcrums associant un ou des cycles de compensation. Il est donc essentiel de comprendre que chaque nouvelle zone de rétention qui se crée dans le corps ne s'impose pas à un système parfait mais à un système comportant déjà des zones de rétention et des cycles de compensation. Ainsi, sous-jacente à la rétention qui se crée aujourd'hui, existe une organisation déjà complexe de rétentions/adaptations. L'adaptation que le corps tente aujourd'hui de réaliser, se fait donc en incluant les anciennes rétentions/adaptations qui font alors partie intégrante du schéma organisationnel présent du corps. Autant dire que la complexité rend vaines nos tentatives intellectuelles de compréhension.

« Cause et effet sont sans fin. La cause débutant certains cas peut être plus ou moins importante, mais le temps s'ajoute à l'effet jusqu'à ce que l'effet devienne plus important que la cause, avec à la fin, la mort. La mort est la fin ou l'addition de tous les effets.

Je demande seulement au lecteur de noter attentivement le changement différent et continu dans l'effet comme étant l'élément additionnel s'introduisant dans le conflit et donnant l'ascendant à l'effet. » (Still, 1999, 184.)

Et Becker d'ajouter : *« Sur la base de cette compréhension, il n'existe pas de cas chronique. Il y a uniquement des problèmes aigus à différents stades de conséquences combinées, que la blessure se soit produite aujourd'hui, hier ou longtemps auparavant. »* (Wales ed., 1997, 203.)

Systématisation impossible

Il m'est bien vite apparu évident qu'une systématisation permettant la création de modèles stéréotypés d'organisation des rétentions/adaptations est impossible, voire dangereuse. La mise en pratique de tels schémas préétablis conduit à des déboires dont les patients sont les victimes. Comme les techniques utilisées respectent le fonctionnement de la structure vivante, aucun problème grave n'est à déplorer, seuls des inconforts, parfois violents, peuvent se faire jour. Le moyen le plus fiable que j'ai trouvé pour éviter de désorganiser un cas en intervenant dessus à l'aveugle consiste à prendre l'information directement dans le corps. Ce sera le sujet d'un prochain chapitre.

LES SOURCES DE RÉTENTION

Nous avons posé qu'une rétention est la conséquence de l'exposition d'une structure vivante à des éléments interprétés par elle comme mettant sa survie en péril. Le mot *interprétés* est important, parce qu'il fait intervenir des éléments subjectifs. L'approche tissulaire conduit à expérimenter que la vie est un système relationnel. Dans ces conditions, pour chaque événement vécu, il convient de considérer l'événement lui-même ainsi que les éléments qui le composent, mais également la manière dont la structure vivante et sa conscience le vivent. Selon qu'elle est vécue dans l'harmonie ou la dysharmonie, dans l'acceptation ou le refus, cette relation laisse ou non des traces dans le corps.

Sont donc potentiellement sources de rétention, toutes les situations plaçant la personne qui les vit et son organisme dans un état de menace réel ou supposé pour sa survie. Nous pouvons séparer ces situations en trois grands groupes, correspondant chacun à un type privilégié d'énergie, donc d'information : les situations traumatiques, les situations de stress et enfin les situations métaboliques, comprenant excès, carence et intoxication.

Les situations traumatiques

Il s'agit des situations dans lesquelles la structure vivante reçoit une quantité d'énergie (en général cinétique) qu'elle ne peut gérer. Dans le traumatisme, la relation au temps est particulièrement importante, au point que nous définissons aujourd'hui le traumatisme comme la transmission sur le corps d'une quantité d'énergie (essentiellement cinétique) dans un temps trop court.

Pour évaluer l'importance du temps, il suffit de comparer les cas de deux conducteurs roulant à 80 km/h, l'un s'arrêtant en freinant brutalement pour éviter un obstacle ou un animal qui traverse la route, l'autre heurtant un obstacle fixe. Les deux cas paraissent identiques, notamment dans le fait que la quantité d'énergie accumulée pour passer de 0 à 80 km/h est restituée, la différence réside dans le paramètre Temps. Dans le premier cas, le temps est de plusieurs secondes, dans l'autre quelques dixièmes de seconde. Dans le premier cas, la structure tissulaire parvient à gérer la charge transmise, parce qu'elle a le temps de la dissiper alors que dans

le second cas, alors même qu'une quantité importante de la charge énergétique est absorbée par la déformation de la voiture, l'organisme n'a pas le temps de diluer la charge, ce qui entraîne douleur, refus et rétentions diffuses.

Les rétentions consécutives aux traumatismes se créent électivement sur les zones d'insertion, lieux de changement dans l'homogénéité de la densité tissulaire. Le flux conduit par un tissu, musculaire par exemple, au moment où il arrive sur l'insertion osseuse, rencontre une densité plus grande et la conduction devient moins aisée, ce qui peut le ralentir et parfois l'arrêter. Le whiplash est un traumatisme global qu'il convient de traiter globalement, même si certaines zones tissulaires apparaissent nettement plus densifiées que d'autres.

La définition de l'énergie qui a été adoptée présente l'avantage de tenir compte de l'aspect relationnel de la vie : ce qui est important, c'est la relation entre la quantité d'énergie transmise et l'état de l'organisme qui la reçoit, *au moment* de l'événement. Pour une même charge énergétique, un organisme déjà rigidifié par la fatigue ou le stress, sera beaucoup plus vulnérable qu'un organisme en bonne santé. Cela nous permet de comprendre pourquoi certains traumas mineurs provoquent des anomalies importantes, notamment des fractures, simplement parce que la personne qui reçoit le choc est déjà en état de tension/rigidification pour de tout autres raisons.

Enfin, les rétentions tissulaires d'origine traumatique constituent des zones de fixation privilégiées pour des rétentions ultérieures. L'ostéopathie tissulaire pour les enfants prend ici toute sa valeur, étant donné que la naissance est bien souvent un des premiers traumatismes de la vie. Il induit des rétentions d'énergie sur lesquelles des rétentions ultérieures viendront se fixer de manière privilégiée (voir schéma ci-dessus). Traiter un enfant dès sa naissance devient alors une pratique éminemment positive pour le reste de sa vie.

Le stress

Le concept de stress nous vient de Hans Selye (1907-1982), biologiste d'origine hongroise naturalisé canadien qui travailla à partir des années 30 sur l'adaptation de l'organisme vivant à son environnement. Sa première publication scientifique sur le sujet date de 1936. Le *syndrome général d'adaptation* ou *syndrome d'adaptation de Selye*, désignait à l'origine la réponse ou réaction non spécifique de défense se déroulant à l'intérieur de l'organisme. La signification du terme s'élargit ensuite à l'agent responsable de cette réaction. Selye définit lui-même le stress comme « *L'état manifesté par le syndrome spécifique résultant de l'accumulation des modifications non spécifiques induites au sein d'un système biologique. Ainsi, le stress possède une forme caractéristique, mais pas de cause spécifique particulière.* » (Selye, 1978, 472.)

Désignant l'ensemble des manifestations résultant de l'adaptation de l'organisme aux changements de son environnement, le stress concernait au départ n'importe quel changement, rendant des adaptations nécessaires, que les causes soient positives ou négatives. Il n'est donc pas plus stressant de confronter un patron atrabilaire, de subir une grève de métro que de tomber amoureux ou de gagner au loto. Pourtant, aujourd'hui, le concept de stress s'est modifié pour désigner des conditions plutôt négatives. Les causes du stress sont évidemment extrêmement nombreuses, variables d'un sujet à l'autre et non spécifiques : accident, intervention chirurgicale, maladie, conditions de vie difficiles, etc.

En quoi le stress nous intéresse-t-il particulièrement ? Au moins pour deux raisons majeures : la première est qu'il induit une surstimulation du système sympathique, et la seconde qu'il produit des émotions la plupart du temps négatives.

Le système sympathique est le système de l'action, de l'effort. Face à une agression où ce qu'il considère comme telle, notre organisme réagit par stimulation sympathique dont le but est de préparer l'attaque ou la fuite, deux réactions mettant en jeu une grande quantité d'énergie. Le niveau cérébral à l'origine de cette réaction correspond à un niveau très primaire de notre organisation cérébrale, le système le plus archaïque de notre évolution. Ce cerveau, appelé aussi cerveau primaire ou primitif, gère 95 % de la vie automatique du corps et correspond dans l'évolution des espèces au cerveau des poissons, reptiles, et vertébrés inférieurs. C'est pour cette raison qu'on l'appelle cerveau reptilien.

Rappelons également que les réactions sympathiques sont contrôlées à la fois par le système nerveux sympathique, et par le système hormonal qui permet de diffuser les réponses dans tout l'organisme.

Lorsque les effets de la stimulation sympathique produite par le stress parviennent aux niveaux supérieurs du cerveau, au niveau cortical, la conscience les arrête parce que dans notre société, il n'est pas bien toléré d'attaquer ou de fuir face à l'agression. L'énergie produite ne peut donc se dissiper dans l'action. Elle est retenue, saturant les structures corporelles. Ses effets sont d'autant plus pervers qu'ils sont diffus.

Les situations de stress génèrent également de l'émotion. Il s'agit rarement d'émotions dites *positives* comme l'enthousiasme ou la joie. Le plus souvent, il s'agit d'émotions considérées comme indésirables dans la vie sociale, telles qu'hostilité, colère, rancœur, peur, chagrin... Alors, nous les refoulons. Nous considérons l'émotion comme une information sur l'état d'une structure vivante et d'un être à un instant donné. Si elle se communique, c'est de l'information en action, donc de l'énergie, si elle ne se communique pas, c'est de l'information retenue, de l'énergie retenue, qui crée dans le corps des effets indésirables d'énergie retenue. Les psychologues nous ont déjà longuement entretenus du refoulement et des cuirasses qu'il induit.

Le domaine métabolique

Toute substance qui pénètre dans le corps quelle que soit la voie empruntée, digestive, respiratoire, cutanée ou autre, subit des processus de dégradation, initiés notamment par les enzymes, dont le but est de la dégrader en éléments plus simples que le corps pourra utiliser pour son fonctionnement, ou pour sa réparation, son entretien ou sa construction, rejetant les produits inutilisés comme déchets. On peut ainsi voir une substance ingérée comme de l'énergie potentielle que les processus de dégradation vont transformer en énergie chimique. On peut aussi la voir comme de l'information que le corps doit gérer d'une manière ou d'une autre.

Lorsque le corps ne peut utiliser les substances chimiques ainsi libérées, il tente de les rejeter et s'il ne peut les rejeter, il les stocke. Il s'agit bien alors de flux bloqués. Le domaine métabolique comprend trois situations différentes : les excès, les carences, les intoxications.

Les excès sont la conséquence d'une trop grande quantité de produit que le corps ne parvient pas à gérer.

Les carences sont importantes, notamment parce que les enzymes chargés des processus de dégradation et de reconstruction sont de gros consommateurs de vitamines, de minéraux et d'oligo-éléments. Une enzyme peut ne pas pouvoir assurer correctement sa fonction à cause d'éléments manquant. Un processus est alors engagé qui ne sera pas mené à son terme aussi harmonieusement que prévu. Il peut s'agir également de carences en certains acides aminés fondement des protéines corporelles dont on sait que la synthèse se limite toujours au niveau de l'acide aminé manquant. Des cycles métaboliques sont alors engagés qui ne peuvent aboutir à leur terme correct, ce qui peut se révéler très perturbateur.

La toxémie est consécutive à l'arrivée dans le corps de produits toxiques que le corps parviendra plus ou moins facilement à gérer. Parmi ces produits, nous trouvons bien entendu les toxiques connus, tels alcool et tabac par exemple, mais également certains vaccins, certains médicaments, etc. Ici comme toujours avec la vie, la règle de la relation est capitale : il convient de considérer le produit, mais également l'état de l'hôte au moment de la mise en relation, de sorte que selon cet état des produits non toxiques ou peu toxiques peuvent être mal acceptés par l'organisme et des produits à beaucoup plus forte toxicité bien acceptés.

La rétention, un phénomène complexe

Cette analyse des types de situation conduisant à la rétention d'énergie est toute théorique. La vie est en effet complexe et les situations composites. Ainsi, un événement traumatique contient également du stress et de l'émotion ; une situation où la toxémie domine peut très bien contenir du stress et de l'émotion, etc. Cependant, un des éléments est souvent dominant, les autres venant s'y accrocher. Les situations traumatiques entraînent, comme nous l'avons signalé, une fragilité tissulaire, le refus de communiquer de la structure la rendant plus vulnérable. Sur de telles zones, l'impact de situations stressantes ou toxémiques sera plus important. De même, l'impact des situations métaboliques est beaucoup plus important chez une personne stressée (rappelons que le système sympathique inhibe la fonction digestive, donc la faculté à gérer le domaine métabolique), etc.

Par ailleurs, les paramètres de palpation rendent en partie compte de la source essentielle ayant provoqué la rétention. Avec l'expérience, on peut en effet noter une corrélation entre un paramètre dominant et la source de la rétention associée :

Origine de la rétention	Paramètre dominant
Traumatisme	Densité
Stress	Tension
Métabolique	Inertie

QUESTIONS / RÉPONSES

Vous avez évoqué les caractéristiques de l'univers physique que vous appelez « objectives ». Selon vous, existe-t-il des caractéristiques « subjectives » ? Si oui, lesquelles ?

Cela rappelle la question sur une possible organisation non matérielle régissant l'organisation matérielle. Je pense effectivement qu'avant d'être des éléments reliés à l'expérience sensorielle, espace, temps et énergie sont de nature subjective : l'espace naît du *Je suis* qui sépare un centre immobile (*Je*) d'un infini périphérique (*non-Je*). Le temps naît de la création de l'espace parce que le *Je suis* vient de créer quelque chose qui n'existait pas l'instant d'avant. Il y a désormais un maintenant et un avant, ce qui fait naître le concept de temps. Enfin, la création de l'espace établit une différence de potentiel entre *Je* et *non-Je*, source de l'échange que nous appelons énergie. Mais le développement de ces idées n'apporterait rien d'essentiel à la compréhension du concept de rétention.

Vous dites que la dualité « je/non-je » est à l'origine de la conscience et de l'échange, et que la sensation d'exister se « mesure » à la qualité de l'échange. N'est-ce pas en contradiction avec le refus de communiquer pour survivre, puisque la conscience diminue ?

Il y a dans le fait de refuser de communiquer quelque chose de paradoxal, en effet. Ce retrait permet à la structure de survivre, mais au prix d'une diminution de ses échanges, donc de sa conscience. Le paradoxe est qu'en s'individualisant, en se séparant davantage de l'organisme au sein duquel elle évolue, la structure se coupe du même coup de ce qui l'aide le plus à vivre : l'organisme. C'est sans doute à cause de ce paradoxe que finalement, le refus de communiquer conduit à la mort de la structure.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE MAINTENANT

Ayant élaboré une compréhension du concept de refus, il nous faut maintenant présenter un moyen de libérer les régions de leur refus de communiquer. Mais comment communiquer avec une zone tissulaire qui ne le veut pas ? Nous allons donc évoquer les moyens dont dispose le praticien pour rétablir la communication avec une structure en refus.

> *« Par la structure de leurs mailles, les cristaux reconnaissent et écartent les atomes indésirables. Les anticorps du sang identifient à coup sûr les corps étrangers introduits dans l'organisme. Une forme rudimentaire de perception apparaît déjà aux échelons inférieurs de la pyramide* [de complexité]. *Chez les êtres vivants, elle s'inscrit parmi les stratégies de compétition les plus efficaces.*
> *Les canaux de la perception sont multiples et variés.* [...] *Par ces voies entrent des informations* [...] *qui demanderont une décision* [...]. *Où se prend la décision ? Chez les plantes, chez les espèces animales peu évoluées, cette opération n'est pas localisable en un point particulier de l'organisme. Une plante bouturée, un ver de terre coupé en deux continuent à percevoir et à décider dans chacun de leurs membres. Ainsi en est-il des ruches et des termitières. Après une agression, les ouvrières s'affairent à reconstruire l'édifice sans que (à notre connaissance) la décision provienne d'une instance localisée. »* (Reeves, 1986, 184.)

COMMUNIQUER 8

« Si nous avons chacun un objet et que nous les échangeons,
nous avons chacun un objet.
Si nous avons chacun une idée et que nous les échangeons,
nous avons chacun deux idées. »
Proverbe chinois,
in Favre, *Dictionnaire des idées non reçues*, p. 271.

On ne s'adresse pas à une conscience comme on s'adresserait à un objet. Prendre conscience que la structure vivante est consciente ne nous permet plus de nous comporter avec elle comme nous le faisions auparavant, lorsque nous l'envisagions comme une structure de nature matérielle vaguement différente de la structure physique, inerte. Avec une structure vivante, on devrait communiquer...

Communiquer. Voilà un mot que nous prononçons et entendons bien souvent prononcer. Un mot à la mode. Et même plus que cela sans doute parce que les mots à la mode finissent par tomber en désuétude, remplacés par d'autres. Il est difficile de remplacer le mot *communication*, tellement il est aujourd'hui utilisé. Nous allons donc devoir préciser ce nous entendons par *communiquer* et *communication*. Comme à l'habitude, pour tenter d'en savoir plus sur la question, commençons par chercher dans dictionnaires et encyclopédies.

Le verbe *communiquer* vient du latin *communicare*, *« partager, échanger, être en relation avec »*, et indique plusieurs actions : *« Être en relation, en rapport, en correspondance (avec quelqu'un) »* (Larousse) ; *« Faire connaître (quelque chose) à quelqu'un », « Faire partager », « Rendre commun à ; transmettre (quelque chose) »* (Robert).

Le mot *communication* vient du latin *communicatio*, *« partager, mettre en commun, échanger »*, et possède lui aussi plusieurs sens : *« l'action, le fait de communiquer, d'établir une relation avec autrui », « transmettre quelque chose à quelqu'un ; son résultat », « l'ensemble des moyens permettant de communiquer », « ensemble des moyens et techniques permettant la diffusion de messages écrits ou audiovisuels auprès d'une audience plus ou moins vaste et hétérogène », « ce qui permet de joindre deux choses, deux lieux, de les faire communiquer »* (Larousse). Encarta nous dit qu'elle désigne *« dans un sens large, toute opération de transfert ou d'échange d'informations entre un "émetteur" et un "récepteur" »*.

DE GRANDES AMBIGUÏTÉS

Les définitions de la communication que nous donnent les dictionnaires témoignent d'un phénomène que l'on retrouve dans la vie courante, à savoir que *« l'on confond trop souvent communication avec techniques de communication. La première concerne l'humain, la seconde le matériel »* (Tournebise, 1995, 13).

Communication et moyens de communications

Les moyens et techniques de communication ne sont que des voies et systèmes matériels. La technologie moderne a multiplié ces moyens d'une manière exponentielle. Téléphone, fax, Internet, courrier électronique, publications et médias divers, n'ont jamais été aussi nombreux ni aussi sophisti-

qués. Pour cette raison, sans doute, entend-on souvent dire que nous sommes à l'*ère de la communication*. Et pourtant, les gens n'ont jamais été aussi seuls, aussi isolés et séparés les uns des autres. Ces moyens sont donc extraordinaires, notamment pour résoudre les problèmes de distance, de temps, de nombre d'interlocuteurs. Ils ne nous garantissent aucunement que nous communiquons réellement.

Pourquoi communiquons-nous ?

Les définitions des dictionnaires font également ressortir de manière très prégnante une autre insuffisance : elles n'évoquent qu'une partie de l'objectif principal de la communication. Certes, le concept de communication comporte l'idée d'échange. Mais ce sens, quoique tout à fait valide, est-il suffisant pour exprimer tout ce qui motive la communication ? Je ne le crois pas. Si nous limitions le dessein de la communication et la fonction de communiquer à échanger, nous pourrions remplacer *communication* par *relation*. Mais la relation limite les choses à l'échange. Le concept de *relation* s'applique tout à fait lorsque l'on évoque l'univers physique (échange, ou circulation de flux entre deux terminaux quelconques), il est également juste lorsque l'on parle du vivant, mais en partie seulement : *échange* évoque une manifestation sans indiquer ce qui motive la communication entre des entités vivantes, donc conscientes.

Dans le couple logique cause/effet, un être fait pour avoir. Deux consciences qui communiquent cherchent à se comprendre mutuellement. Voilà qui oblige à définir le verbe *comprendre* qui vient du latin populaire *comprendere*, et classique *comprehendere*, « saisir ». En français, ce verbe revêt plusieurs sens : « *Concevoir, saisir le sens de* », « *Se représenter les raisons de quelqu'un ou de quelque chose ; admettre* », « *Mettre dans un tout, incorporer* » (Larousse) ; « *Contenir en soi* » (Robert).

Associer *communiquer* à *comprendre* nous donne une clé non seulement sur l'objectif de la conscience quand elle communique, mais sans doute plus que cela : la pulsion de *prendre en soi*, d'*absorber*, d'*avoir*, peut s'envisager comme l'origine d'un certain nombre de comportements fondamentaux de la vie et du vivant, à commencer par la nutrition, mais également l'idée d'*aller vers* l'autre pour tenter de l'incorporer, source d'une puissante inclination expansive qui a sans doute permis aux organismes vivants d'évoluer du simple vers le complexe. Cette motivation d'absorber l'autre, nous la retrouvons dans les comportements fondamentaux de possession et d'avoir. L'idée inconsciente sous-jacente, est qu'il faut absorber pour survivre, avoir… « *Incorporer une chose, par exemple en la mangeant ou en la buvant, est une façon archaïque de posséder.* […] *Évidemment, la plupart des objets ne peuvent être incorporés physiquement. Mais il existe aussi des incorporations symboliques et magiques. Si je crois que je me suis incorporé l'image d'un dieu, d'un père ou d'un animal, rien ne peut l'éliminer, rien ne peut me l'enlever.* […] *Il existe bien d'autres formes d'incorporation qui ne sont pas en relation avec des besoins et qui, par conséquent, ne sont pas limitées. L'attitude propre à l'ère de la consommation consiste à vouloir avaler le monde entier.* » (Fromm, 1978, 44-45.)

Un humain d'aujourd'hui ne peut plus comprendre un autre humain en l'absorbant. À cette impossibilité, les consciences, en évoluant, ont trouvé un substitut : au lieu d'absorber l'autre physiquement, elles échangent quelque chose de non matériel – de l'information. Communiquer remplace donc l'impossibilité d'absorber l'autre, et comme l'autre, qui est aussi conscience, désire faire la même chose, il y a réciprocité, donc échange.

Notre définition de la communication

Nous devons donc établir une différence entre *être en relation* et *communiquer réellement*. Deux personnes en relation échangent, le comportement de l'une influençant celui de l'autre et réciproquement. Chacun est relatif à l'autre. La communication est une relation dans laquelle on cherche à comprendre son interlocuteur et à être compris de lui. Il y a réciprocité. « *Cette réciprocité, nécessaire pour qu'une relation s'appelle communication nous indique déjà que bien peu de situations y correspondent.* » (Tournebise, 1995, 14.) Le concept de communication inclut celui de relation.

Nous retiendrons donc comme définition de la communication qu'il s'agit de transfert ou d'échange d'informations entre des entités conscientes, l'une et l'autre étant réciproquement (et alternativement) *émetteur* et *récepteur* avec comme finalité de se comprendre mutuellement. Lorsque la compréhension mutuelle n'est pas la finalité, nous avons un simple échange ou relation.

Gardons bien présent à l'esprit que la cohérence de notre modèle repose sur la considération que la vie est reliée à la conscience, elle-même tributaire de l'échange ou de la relation, et que la communication est une sophistication de la relation, s'associant à l'évolution de la conscience. La communication est donc un des moyens utilisés par la vie et le vivant pour se sentir exister.

Relation et communication établissent la différence entre le vivant, système ouvert et le non-vivant, l'univers physique, système fermé. Moins il y a de conscience, moins il y a de communication et plus ce qui est échangé tend vers la matérialité, la solidité. Au mieux, il y a un échange à *somme nulle*, correspondant aux lois de conservation de l'énergie de l'univers physique. Plus il y a de conscience, plus il y a de communication, et plus l'échange tend vers l'immatériel, l'échange porte alors sur de l'information. Le tout vaut alors plus que la somme des parties, ce que suggère le proverbe chinois d'exergue à ce chapitre.

COMMUNIQUER AVEC LA STRUCTURE TISSULAIRE

Selon que nous envisagerons la structure vivante comme consciente ou non, notre comportement à son égard sera évidemment très différent. Rares sont aujourd'hui les personnes, praticiens de santé compris, ayant conscience de la conscience tissulaire et l'utilisant dans leur vie de relation. La plupart échangent avec le vivant sur un mode relationnel banal relativement solide, plutôt orienté vers le quantitatif. Ces mêmes praticiens ont souvent du mal à concevoir la globalité, avec, à l'extrême le système biomédical scientifique actuel considérant l'organisme sans aucun respect pour ce qu'il est réellement. Ce comportement est à l'image de la conscience du temps, qui utilise le vivant sans le moindre respect pour ce qu'il est, mais seulement pour l'intérêt de ce qu'il peut produire.

Il est vrai que pour beaucoup, l'expérience palpatoire du vivant n'existe pas. Ils n'ont qu'une connaissance livresque ou au mieux consécutive à des dissections de structures mortes. Leur expérience de la structure s'établit donc à partir de quelque chose de non vivant, de non communicant.

L'attitude de celui qui a conscience de la conscience du vivant change. Il passe du quantitatif au qualitatif mais, du même coup, il n'est plus reconnu par ses pairs scientifiques.

Cette conscience ne peut naître que de l'expérience directe. Nous avons déjà évoqué la communication avec la structure vivante, d'abord assez généralement dans le chapitre 1, « Disciples de Colomb », puis plus en détail dans le chapitre 4 sur la palpation et enfin dans le chapitre 5, « Être ». Grâce au ballon, nous avons expérimenté qu'avec notre attention et notre intention, nous pouvions interagir avec la structure vivante et influencer son comportement. Nous invitons le lecteur qui serait incertain sur ces questions à s'y reporter, voire à recommencer les exercices pratiques proposés. La nouvelle conscience acquise à la lecture de ces chapitres modifiera sans doute la perception…

Retour sur attention et intention

Dans ces chapitres, nous avons mis l'accent sur la présence, l'attention et l'intention. Nous avons défini l'attention comme la projection de l'être (*je*), la conscience, dans l'espace physique, déterminant d'une part un espace virtuel fermé – un champ d'attention – dans lequel il perçoit, et discriminant d'autre part les stimuli sensoriels auxquels il s'intéresse. Avec l'attention, *je* détermine d'*où* il perçoit (espace) et *quoi*, c'est-à-dire ce qu'il perçoit (type de stimulus). *Là où est mon attention, je suis.*

Nous avons défini l'intention comme une *modulation* de l'attention, à laquelle nous donnons un sens, et une forme. Avec l'intention, nous envoyons une information dans l'espace que nous avons choisi d'occuper. L'intention nous permet de formuler une demande. La structure vivante répond à l'intention, selon ses possibilités du moment.

Nous avons également fait remarquer que les deux mots *attention* et *intention* sont construits autour de *tension*. La différence est dans le préfixe *at* (vers) ou *in* (dans). Nous considérons attention et intention comme indissociables l'une de l'autre, et reliées à l'activité fondamentale de la conscience, de *Je*, l'être :

- par l'attention, il se projette dans l'espace physique, créant un espace virtuel de perception ;
- par l'intention, il donne une forme, un dessein, un modèle particulier à sa projection. Il informe.

RÉTABLIR LA COMMUNICATION

Présence, attention, intention nous ont permis de communiquer avec la structure vivante, et d'en obtenir des réponses. Pour faire cela, nous sommes partis du principe que nous avons affaire à une structure consciente avec le postulat implicite qu'elle est communicante. Mais nous venons de voir qu'une structure vivante peut se réfugier dans l'hypocommunication, l'hypoconscience, ce qui rend par définition difficile la communication spontanée avec elle. Communiquer avec une structure communicante est chose relativement aisée à partir du moment où l'on connaît quelques règles et fondements essentiels. Mais communiquer avec une zone en refus, voilà une autre affaire ! C'est de cette affaire-là que nous allons traiter. Pour cela, nous allons devoir nous plonger à nouveau dans les principes essentiels régissant la communication.

Serrurier

Pour désigner la manière dont une personne crée des modèles inconscients et automatiques de comportement pour gérer sa vie de relation, les praticiens de la programmation neurolinguistique (PNL) parlent de *stratégie**. Au niveau de la structure tissulaire, la stratégie de survie est particulièrement simple, puisqu'elle consiste à renforcer son individualisation, à s'isoler lorsqu'elle envisage sa survie menacée d'une manière ou d'une autre. On peut alors considérer une zone en rétention comme une zone dans laquelle la conscience s'est enfermée. La conscience boude ! Alors la métaphore du maître serrurier devient particulièrement évocatrice : « *Avez-vous déjà vu un maître serrurier travailler sur un coffre-fort ? Cela paraît magique. Il fait jouer les serrures, entend des bruits que vous n'entendez pas, voit des dents que vous ne voyez pas, sent des crans que vous ne sentez pas et finit par découvrir la combinaison du coffre. Les maîtres de la communication travaillent de la même façon. Or rien ne vous empêche d'en faire autant,* [...] *de découvrir la combinaison qui ouvre la chambre forte de son esprit ou du vôtre. Il suffit de penser comme un serrurier.* » (Robbins, 1989, 135.) Toute la subtilité nécessaire au praticien tissulaire se trouve ici évoquée.

Le « réel » de l'autre

Une des clés de la communication, c'est de rencontrer l'autre dans son modèle du monde : « *Si nous nous plaçons du point de vue du thérapeute, il ne s'agit pas pour lui d'aimer son client, de le trouver sympathique, ni même d'être en empathie avec lui. La sympathie est souvent considérée à tort comme le signe que le contact est établi. En fait,* créer le rapport, c'est rencontrer la personne dans son modèle du monde, sur son propre terrain. *C'est lui montrer qu'on l'accepte telle qu'elle est et établir un climat d'ouverture et de confiance. Néanmoins, si la confiance réciproque est reconnue comme la condition* sine qua non *de toute communication efficace, il reste que la manière de la susciter et de la maintenir est généralement passée sous silence.* » (Cayrol, 1984, 83.) Autrement dit, pour vraiment communiquer avec l'autre, il faut trouver *son réel*, et s'y accorder. Cette loi générale régit toute communication, verbale ou non verbale. Lorsque par exemple nous désirons établir la communication avec une personne que nous connaissons peu, nous commençons généralement en parlant d'un sujet sur lequel nous pouvons facilement nous *synchroniser** : nous parlons du temps qu'il fait. Si nous connaissons la personne, nous l'abordons en évoquant un sujet qui lui tient à cœur ou la préoccupe en ce moment. À une personne dans le chagrin, nous nous adressons en tentant de nous *syntoniser** à son chagrin c'est-à-dire en utilisant la sympathie. La plupart du temps, nous faisons tout cela inconsciemment.

Cette règle s'applique également pour faire *communiquer* des systèmes matériels : pour pouvoir communiquer, un émetteur et un récepteur de radio doivent être accordés sur la même fréquence, c'est-à-dire syntonisés.

Le réel d'une zone de rétention

Rollin Becker exprime lui aussi le concept de syntonisation : « *Lorsque nous nous emparons de ces éléments* [les tissus du patient] *et que nous commençons à travailler avec l'énergie qu'il a fallu pour les déséquilibrer, nous nous mettons au diapason de cette énergie ; et le mécanisme inné profond va nous aider à libérer ces éléments et à créer une situation dans laquelle le schéma normal de vie de cette personne particulière pourra prendre place.* » (Duval, 1976, 59.) Comme souvent hélas on nous indique *quoi faire*, mais sans nous dire *comment* le faire. Pour sortir de l'impasse, il convient de déterminer quel est le réel d'une zone en rétention et comment se synchroniser à lui.

Ce *réel*-là existe sans doute à plusieurs niveaux, mais nous allons le chercher dans ses paramètres physiques, parce que c'est pour préserver ces paramètres d'existence que la structure vivante s'est mise à retenir de l'énergie, diminuant ainsi sa conscience, et parce que moins il y a de conscience, plus la réalité se rapproche du solide. C'est donc logiquement dans la densité, la tension et l'inertie que nous pourrons la rencontrer en trouvant son *réel du moment* et *ouvrir la geôle*. De plus, ces paramètres permettent au praticien d'apprécier la qualité de communication de la structure vivante et de ressentir les changements intervenant au cours du processus de libération : « *Nous ne voyons pas les énergies : nous voyons les effets, les résultats. Et nous analysons ces résultats, et nous travaillons avec les pièces* [les tissus] *que nous avons dans les mains.* » (Duval, 1976, 59.)

LES PARAMÈTRES OBJECTIFS DE COMMUNICATION

Parce qu'ils se rapportent à la partie du vivant reliée à l'univers physique, donc objectif, nous considérons densité, tension et vitesse, comme les paramètres objectifs de la communication avec une structure tissulaire vivante. Ils sont potentiellement mesurables, même si leur mesure s'avère inutile à notre pratique.

Syntonisation et synchronisation

Syntonisation et synchronisation sont deux concepts proches et associés. Dans notre concept de palpation, la syntonisation renvoie aux paramètres objectifs de densité, tension, vitesse. La synchronisation est l'adaptation de la syntonisation dans le présent. Cela signifie que les paramètres des tissus changeant avec la libération de l'énergie qu'ils retiennent, le praticien doit lui aussi modifier sa syntonisation. C'est la raison pour laquelle nous parlerons souvent de synchronisation.

Se syntoniser à la densité

Dans « Disciples de Colomb », la métaphore de Viola Frymann nous a déjà permis d'évoquer les paramètres subjectifs de palpation et la manière de se synchroniser avec la densité : « *Comment pouvez-vous tester la maturité d'un fruit mûr ? Si la pression exercée par vos doigts excède la résistance opposée par les tissus du fruit, la chair du fruit sera meurtrie, creusée, en fonction de la force de la pression. Si, au contraire, les forces de résistance à la pression du fruit pas mûr excèdent la pression d'une main très timide, vous n'obtiendrez aucune connaissance sur la maturité du fruit. Vous ne serez renseigné sur sa maturité qu'en ajustant votre pression aux forces de résistance émanant du fruit, et vous ne l'abîmerez pas.* » (Frymann, 1998, 65.) Nous avons alors noté qu'au moment de l'accord entre l'appui du doigt et la résistance du fruit, naît une sensation de souplesse, de plasticité. Nous allons donc utiliser le même principe pour nous syntoniser à la densité d'une structure vivante.

Nous contactons la région avec le plat des doigts et comprimons lentement, *très lentement*, la zone. Le temps est ici un paramètre essentiel. Rappelons le comportement du bateau en réponse à la poussée qui lui est imposée : si la poussée est trop rapide et trop forte, le bateau résiste et répond *dur*. Si la poussée est trop lente, le bateau ne bouge pas. Seule une poussée adaptée aux paramètres en présence ébranle le bateau.

Au moment où il y a syntonisation, accord entre la densité du praticien et celle de la structure, la perception de la structure devient de type plastique. Nous la ressentons, os compris, comme déformable et présentant une certaine souplesse. En même temps, la structure, comme le bateau, tend à se mettre en mouvement. Il convient alors de suivre la direction qu'elle nous indique, tout en continuant à y entrer pour atteindre la plus grande densité possible en fonction de la région traitée.

Se syntoniser à la tension

Le paramètre de tension est facile à mettre en place. Rappelons qu'il s'agit d'une perception de surface. On ne cherche pas à rentrer. Une simple contraction isométrique des muscles intrinsèques de la main suffit. En s'accordant à la densité, le praticien a déjà augmenté le niveau de tension. Peu de tension supplémentaire est nécessaire pour s'accorder aux tissus du patient.

Se syntoniser à la vitesse

Dès que l'on entre en syntonisation avec la densité et la tension de la structure vivante, elle a tendance à se mettre spontanément en mouvement. Il convient alors de suivre le plus précisément possible ce

mouvement qui ne correspond ni à la mobilité, ni à la motilité physiologiques de la structure. Nous l'interprétons comme la manifestation de la libération d'énergie retenue dans la structure. Le mouvement qui naît sera donc logiquement relatif à la structure avec laquelle nous avons établi une communication, avec laquelle nous sommes en synchronisation. Des mouvements peuvent donc naître à différents niveaux de densité, correspondant à la libération de flux retenus à ces niveaux. La pratique me fait tenter d'aller dans la plus grande densité possible pour atteindre les niveaux les plus profonds.

LES PARAMÈTRES SUBJECTIFS DE LA COMMUNICATION

Bien que nous ne l'ayons pas évoqué ici explicitement, l'utilisation des paramètres objectifs de communication tissulaire suppose que présence, attention et intention soient préalablement en place et consciemment contrôlées. La présence est, bien entendu, un préalable à toute communication. L'attention est placée sur la région tissulaire avec laquelle nous désirons établir la communication, l'intention est clairement de communiquer avec elle pour l'aider à se libérer de sa rétention. L'intention est également de se synchroniser consciemment avec ses paramètres de densité, de tension et de vitesse (lorsque naîtra le mouvement) afin de l'atteindre dans son état d'être matériel.

Présence, attention, intention sont considérés comme des paramètres *subjectifs* parce qu'ils ne concernent pas l'objet mais le sujet, c'est-à-dire, celui qui tente d'établir la communication avec la structure tissulaire vivante, le praticien.

LES PARAMÈTRES DE PALPATION

Ainsi, le modèle de notre système de communication tissulaire comporte-t-il six éléments, six paramètres essentiels que nous avons nommés paramètres *objectifs* et *subjectifs*.

Objectif	Subjectif
Densité	Présence
Tension	Attention
Vitesse	Intention

Synchronisation

Ces paramètres nous permettent de tenir compte des particularités associées au sein d'une structure vivante : conscience et matérialité. Densité, tension et vitesse permettent de se synchroniser au réel matériel de la structure, alors que présence, attention et intention renvoient à la conscience, et permettent de diriger la communication.

Une des caractéristiques majeures de l'approche tissulaire est de connaître et d'utiliser les propriétés matérielles et immatérielles de la structure vivante, afin de pouvoir communiquer avec elle *consciemment* et *rationnellement*. Bien évidemment, cela ne décrit que l'essentiel d'une manière d'approcher les tissus vivants. L'ensemble des phénomènes qui se manifestent dans l'activité de la vie tissulaire et de la communication est certainement bien plus complexe. Mais ce cadre simple propose une manière concise de mettre en place la communication et de la diriger, tout en permettant l'expression des phénomènes complexes. Seule l'expérimentation directe donnera au praticien de la réalité quant à cette démarche. Il est donc nécessaire de s'y entraîner aidé par un praticien la connaissant déjà.

LA LIBÉRATION

Une fois mis en place les paramètres de palpation, le praticien sent la structure se mettre en mouvement. Ces mouvements ne correspondent pas aux mouvements classiquement décrits comme motilité et mobilité physiologiques que nous considérons comme conséquents à l'expansion/rétraction manifestant la conscience tissulaire. Avec la métaphore du fil du téléphone, Viola Frymann nous a conduits à interpréter ces mouvements comme la manifestation de la libération de la charge d'énergie retenue dans les tissus. Le plus souvent, la libération s'effectue dans le seul mouvement. Mais des manifestations associées peuvent apparaître, conséquences de la mobilisation de l'information contenue dans la rétention.

Très fréquemment, le patient ressent une vague sensation de mal-être corporel, local le plus souvent, diffus parfois. La plupart du temps, il ne parvient pas à le définir précisément. Dans certains cas, ce mal-être est exprimé comme une douleur, très rarement aiguë ou insupportable, plutôt sourde, souvent verbalisée

comme une *douleur qui fait du bien*. Cette douleur fait pour moi partie de l'information enfermée dans la structure tissulaire : la douleur est en effet une des causes majeures conduisant une structure vivante à se réfugier dans l'hypocommunication.

Le ressenti émotionnel est également fréquent. Le plus souvent, le patient ne l'exprime pas dans l'instant, mais à la fin du processus, disant s'être senti envahi par la colère, la peur ou le chagrin. Parfois, la libération est forte et submerge le patient d'une décharge somato-émotionnelle. Il convient de le rassurer sur ce qui se passe, et de poursuivre le processus de libération jusqu'à sa fin.

Il arrive parfois qu'un patient dise ressentir des goûts ou des odeurs. Nous l'interprétons comme la libération de substances demeurées bloquées dans la zone tissulaire inerte et qui se trouvent remises en circulation par la libération.

Le still-point comme marquant la fin du cycle de libération

La fin d'une libération est indiquée par plusieurs signes typiques que le praticien entraîné ne peut manquer. Le premier est l'amortissement du mouvement de libération qui ralentit progressivement jusqu'à s'arrêter dans un *still-point**. Le mot *still-point* nous vient directement des ostéopathes crâniens. Nous pourrions le traduire par *point de tranquillité*. Pourtant, il s'agit d'un *moment d'immobilité**. Le mot *point* me semble donc impropre parce qu'il ne s'agit pas d'un point (espace), mais d'un moment (temps). Beaucoup a été écrit sur le phénomène. En approche tissulaire, nous reconnaissons deux types de still-point : le still-point physiologique et le still-point de *résolution**.

Le still-point physiologique survient régulièrement dans tout phénomène alternatif. Chaque temps du phénomène est en effet séparé par un instant (qui peut être très court) où le phénomène allant dans une direction s'arrête avant de repartir dans une autre. C'est également un moment où l'énergie se potentialise avant de se manifester à nouveau dans le mouvement. L'*étale** de la marée est un still-point physiologique typique : « *Observez maintenant la fluctuation de la Marée, qui est un mouvement montant au cours de l'inspiration et descendant au cours de l'expiration. S'agit-il de la vague roulant vers le rivage ? Est-ce cela la marée ? Non. Le mouvement de la marée est le mouvement de tout le corps d'eau, l'océan, ce corps d'eau invariable.* » (Wales ed., 1990, 15.) Ce type de still-point ne nous intéresse pas particulièrement parce qu'il manifeste un processus physiologique sur lequel nous n'intervenons pas directement.

Le still-point de résolution correspond à l'instant de résolution d'une zone de rétention, le moment où la structure ayant terminé de libérer l'énergie retenue est en attente, juste avant de se remettre en communication. Cette immobilité peut durer un certain temps. Il est essentiel que le praticien la respecte et attende, lui aussi, tout en maintenant paramètres objectifs (ici, densité et tension) et subjectifs (présence, attention et attention), jusqu'à la fin du still-point. Le still-point se termine soit par la reprise d'un autre cycle de libération, c'est-à-dire par la naissance d'un nouveau mouvement de libération tissulaire, soit par une expansion de la structure, exprimant sa remise en communication.

Certains praticiens le décrivent comme une *immobilité active* : l'immobilité correspond à une activité intense au niveau de la conscience. L'image de l'abeille en suspension sur la fleur rend assez bien compte du phénomène : elle est apparemment immobile, au repos, mais ses ailes sont en vibration extrêmement rapide. On peut y voir également un temps de *négociation*, d'incertitude pendant lequel la conscience hésite encore à se remettre en communication.

Cette expansion exprime la *mécanique de la conscience*, illustrant l'idée que la structure vivante convertit la communication en mouvement, et nous permet d'objectiver par le mouvement un phénomène de nature subjective, la communication. Elle indique également la fin d'un cycle de libération.

La qualité de l'expansion informe sur la qualité et la complétude de la libération. La libération d'une zone tissulaire peut, en effet, s'effectuer en plusieurs temps successifs. À la fin de chacun de ces temps, il y a perception d'un still-point, suivi d'une expansion de la structure. Mais cette expansion est de faible amplitude. Elle indique la libération d'une partie seulement de la charge présente. Il convient alors de remettre en place de nouveaux paramètres pour atteindre des niveaux de densité structurels plus profonds et leur permettre de libérer plus complètement leur charge.

L'arrêt en contrainte

Il existe un autre arrêt de la structure que nous nommons *arrêt en contrainte*. Il ne s'agit pas d'un moment de résolution (still-point), mais d'un arrêt de la structure qui semble *collée* dans sa densité. Cet arrêt correspond à la manifestation de l'inertie inhérente à une rétention.

Rappelons qu'une définition donnée pour l'inertie est l'incapacité au mouvement. Un arrêt en contrainte n'est donc pas un moment de libération. La structure est au contraire bloquée dans son refus. Il peut être nécessaire de l'aider à sortir de cet arrêt en augmentant la densité, en demandant une apnée expiratoire ou en l'incitant au refus grâce à l'intention. Ces points sont développés dans le chapitre « Modus operandi ».

CONSÉQUENCES D'UNE LIBÉRATION

La première conséquence est subjective : c'est le retour en communication de la zone tissulaire traitée qui devient objective pour le praticien par la perception de l'expansion tissulaire, puis par la sensation d'une diminution de la densité, de la tension et de l'inertie de la région.

Réharmonisation mécanique

Sur le plan mécanique, la zone qui était rétractée, altérait la mécanique tissulaire corporelle profonde, nécessitant la mise en place d'adaptations et de compensations mécaniques. La rétention qui les rendait nécessaires disparaissant ou diminuant, le corps doit, lui aussi, modifier ses mécanismes adaptatifs ou compensateurs. Mais, puisqu'il a été capable de les créer pour adapter une anomalie, il est tout aussi capable de cesser de les créer lorsqu'ils ne sont plus nécessaires.

Allons plus loin : le système corporel dispose seul de la sagesse et du discernement permettant de procéder aux changements qui s'imposent avec la finesse adaptée à la complexité des phénomènes mis en jeu. Ces adaptations supposent en effet la gestion d'une masse d'informations auxquelles le praticien n'a pas accès.

Ce qui importe, c'est de créer les conditions pour que le corps puisse gérer au mieux cette phase de changement. Nous disposons pour cela d'une technique qui sera décrite dans le chapitre « Modus operandi ».

Reprise du fonctionnement physiologique

Sur le plan biologique, la zone qui était en hypofonctionnement retrouve une activité normalisée lui permettant d'assumer plus justement sa physiologie. Le corps se trouve donc soulagé d'autant, et retrouve un fonctionnement plus normal.

La libération d'une rétention libère également diverses substances qui se trouvaient bloquées dans la région du fait de la stagnation des micro-circulations. Ces substances remises en circulation expliquent peut-être la perception de goûts ou d'odeurs par le patient évoquée plus haut, et la fatigue ressentie dans les jours suivant une séance de techniques tissulaires.

Retour à la conscience

Enfin, la remise en communication des tissus d'une région conduit à sa réintégration dans la conscience corporelle. Notre modèle nous a en effet conduit à envisager que la conscience étant proportionnelle à la communication, une zone tissulaire qui diminue sa communication pour survivre s'isole, diminue d'autant sa conscience d'exister, mais également la conscience qu'a le corps de son existence – la vie est un phénomène relationnel. Cela nous permet de comprendre que les patients n'ont pas conscience de leurs rétentions et pourquoi il en est ainsi : elles sont muettes (non communicantes).

La remise en communication de la région conduit à sa réintégration dans le schéma de conscience corporel. Le patient verbalise souvent ce phénomène en exprimant qu'il ressent désormais cette partie du corps comme vivante, alors qu'auparavant, il ne la considérait guère, voire l'ignorait. Souvent également, suite à la libération, le patient retrouve des souvenirs correspondant à l'événement ayant provoqué la rétention, alors qu'à l'interrogatoire, il disait ne se rappeler d'aucun événement, traumatique ou autre, susceptible de l'avoir créée. J'interprète cela comme la remise à disposition de la conscience de tout un matériel mnémonique (information) qui, du fait de la non-communication inhérente à la région se trouvait bloqué dans la rétention et n'était pas accessible à la conscience de l'individu.

LA JUXTAPOSITION DES ZONES DE RÉTENTION

Dans le chapitre 7, « Survivre », nous avons évoqué la juxtaposition dans un espace restreint de rétentions qui se sont créées à des moments différents et contenant par conséquent des informations similaires et des informations différentes. Ce phénomène résulte de la réticente à communiquer initiant un mode de fonctionnement tourné vers le refus. Puisque résister a permis de survivre, la zone a tendance à conserver ce système de fonctionnement, de sorte qu'elle continuera de retenir de l'énergie. Ainsi, des situations ultérieures qui n'auraient normalement pas provoqué de difficulté dans la relation de la structure à son environnement, vont aujourd'hui induire de nouvelles rétentions, du fait de l'aptitude diminuée de la région à communiquer. En revanche, nous ne connaissons pas la chronologie de l'accumulation des rétentions dans cet espace restreint. Seul l'organisme la connaît, grâce notamment à l'index de position dans le temps faisant partie de l'information retenue. Ce phénomène peut expliquer pourquoi une zone de rétention se libère parfois par cycles successifs. Chacun des cycles correspondant à une *couche* de refus.

Résonance

Par ailleurs, l'ensemble des informations retenues dans cette zone corporelle, provenant d'événements différents, est source de complexité, de sorte que le travail sur une zone de rétention, en mobilisant cette complexité d'information, induit souvent des phénomènes de résonance. La métaphore des diapasons exprime bien le phénomène : lorsque deux diapasons accordés sur la même fréquence sont placés à proximité l'un de l'autre, la mise en vibration de l'un entraîne la vibration de l'autre. Puisque nous reconnaissons aux flux des longueurs d'ondes (qui ne sont rien d'autre que de l'énergie), nous devons également leur reconnaître la capacité de mise en résonance. Ainsi, la proximité spatiale de flux bloqués accumulés à des moments différents peut faire que la libération d'un flux en mobilise d'autres par résonance. Le thérapeute qui mobilise une zone de rétention risque ainsi de mettre en résonance des flux n'appartenant pas à la même rétention. C'est un peu comme remuer la vase d'un étang. Un petit mouvement de l'eau peut induire la mobilisation de beaucoup de matériaux. D'où la nécessité d'être très attentif à la succession de still-points et à l'obtention d'une expansion tissulaire signifiante, indiquant la véritable fin du processus de libération. Un praticien qui ne connaît pas ces fondements et commence à libérer une région risque de laisser des flux bloqués non traités, mis en résonance par le traitement. Peut-être avons-nous là l'explication de réactions parfois violentes suivant des traitements trop doux pour les justifier. Un peu de temps est alors nécessaire pour que *la vase retombe*, et que les réactions cessent.

Niveaux de densité

Outre présence, attention et intention, la communication avec une structure tissulaire dépend étroitement des paramètres objectifs de densité et de tension qui permettent d'établir une synchronisation avec la matérialité d'une structure tissulaire particulière. La synchronisation met le praticien en communication privilégiée avec le niveau de densité tissulaire correspondant aux paramètres qu'il induit. Ainsi pour communiquer avec une zone de densité, il convient d'adopter des paramètres de densité lui correspondant. L'expérience montre que c'est en travaillant dans la plus grande densité possible que l'on évite le mieux les phénomènes de résonance évoqués plus haut. Il semble en effet que ce processus permette d'atteindre les premières rétentions (celles qui ont permis la fixation des autres) donc de libérer plus efficacement la zone tissulaire. C'est au niveau osseux et particulièrement dans les zones d'insertion que nous allons logiquement les rencontrer. Il faudra donc adopter une densité correspondant à celle de l'os.

APRÈS LA LIBÉRATION

Même lorsque le processus de libération a été mené jusqu'à son terme et que la libération est complète, un certain nombre de phénomènes suivent très souvent une séance de travail en techniques tissulaires. Immédiatement après la libération, c'est en général une sensation de légèreté, de libération, de fluidité, de plus grande conscience corporelle qui prévaut. Mais dans les jours suivants surviennent très souvent des sensations de fatigue et de mal-être indéfi-

nissables. Je les attribue au fait que le corps doit s'adapter aux changements induits par les libérations, notamment les changements mécaniques, et à la remise en circulation de substances, toxiques ou non, jusque-là retenues dans la zone de rétention. Le plus souvent, ces réactions durent quelques jours et s'estompent.

Parfois, elles sont plus violentes, soit parce que l'organisme a une faible vitalité et gère difficilement les changements induits, soit parce que des libérations incomplètes ont induit des phénomènes de résonance, soit enfin parce que le praticien n'a pas pris la peine d'aider le corps à se recentrer mécaniquement après les libérations et que celui-ci a du mal à gérer le changement.

QUESTIONS / RÉPONSES

En réalisant ce processus de libération, j'ai la sensation d'obtenir une succession de cycles qui s'enchaînent les uns sur les autres sans jamais se terminer. Parfois même, je ne parviens pas à ressentir de still-point.

La plupart du temps, cela correspond à une densité trop faible. La communication ne s'établit pas au bon niveau de densité et les tissus *vous baladent*. Le point d'appui que vous leur fournissez ne se trouve pas à la densité adaptée à leur besoin et ils bougent à sa recherche sans jamais le trouver. Alors, ils vont et viennent, faisant croire à un mouvement libérateur, alors qu'il n'en est rien.

Cela peut également correspondre à une présence et une attention insuffisantes ou mal placées. La solution est alors d'arrêter tout et de reprendre le cycle en prenant bien soin d'établir de meilleurs paramètres objectifs et subjectifs.

J'ai beaucoup de mal à ressentir l'expansion après le still-point.

Une des raisons les plus fréquentes est que vous n'ajustez pas vos paramètres de densité/tension aux changements tissulaires survenus au cours de la libération. En effet, au fur et à mesure de la libération d'une zone de rétention, densité et tension diminuent. Pour que la communication soit efficiente, il convient que vous vous adaptiez à ce changement. Vous devez travailler en *feed-back** avec les tissus. Si vous ne vous adaptez pas, c'est-à-dire si vous ne vous synchronisez pas, vous imposez à la structure une densité et une tension trop importantes qui l'empêchent d'exprimer ses changements.

J'arrive à trouver la densité, mais l'effort est tel que je m'épuise.

Il n'y a pas une réponse unique et simple ici, mais plusieurs pistes à explorer. La première concerne la prise en charge de ces techniques. Comme pour toute nouvelle manière de travailler, un apprentissage est nécessaire pour acquérir les automatismes et les gestes justes. Avant cela, les efforts déployés peuvent être disproportionnés à la tâche accomplie et induire une fatigue anormale. Il faut persister pour parvenir à l'attitude juste. La présence, est également un élément très important. Nous avons tellement peu l'habitude de vivre dans cet état que nous faisons des efforts pour y parvenir et nous y maintenir, alors que la présence est un lâcher prise. L'être accepte de se décrocher du corps et de l'univers physique (niveau de l'avoir) pour accéder à sa nature profonde (niveau de l'être). Ce faisant, il change de niveau de conscience donc de perception. Il faut du temps pour acquérir cela et le vivre en continu.

L'attention/intention peut également être un problème, parce qu'en débutant, on met là également de l'effort, de la force, alors que c'est uniquement de la présence dirigée et conceptualisée.

Je note par ailleurs que la plupart de ceux qui commencent à travailler avec cette approche sont *tout dans leurs mains* et n'utilisent pas suffisamment la puissance que leur confère le corps, à partir d'un point d'appui stable. Entrer dans la densité et trouver la tension adaptée devient alors un travail de mains ou de bras et cela fatigue beaucoup. L'entraînement là encore est nécessaire.

Peut-on demander l'aide du patient pour ce processus ?

Cela est possible. On peut demander au patient de placer son attention sur la région avec laquelle on travaille. On peut par exemple lui demander de *respirer dans la main* ou de *respirer dans la région* en question. Il faut cependant se méfier de cela, parce que beaucoup de patients ont une conscience corporelle peu éveillée et ne comprennent pas ou mal ce qu'on leur demande. Ils font alors n'importe quoi, mettent de l'effort, de la tension au lieu de se laisser aller. Parfois, un patient, croyant bien faire et m'entendant respirer, se met à contrôler sa respiration comme en séance de yoga. Au lieu de l'aider,

cela gêne le processus. Je demande le plus souvent au patient de ne pas contrôler son corps, de laisser faire. À ceux qui sont le plus éveillés à ces processus, je demande de se mettre dans le ressenti et l'acceptation totale de ce qui se passe.

Que se passe-t-il exactement lors du still-point de résolution ?

En dehors de ma propre perception sensorielle, je ne puis que donner une interprétation. Sutherland a interprété le phénomène en recourant à un pouvoir supposé du liquide céphalo-rachidien transmettant le *Souffle de Vie*. Pour qualifier ce qui se passe au moment de la résolution d'une zone de rétention (le still-point), il parle même de *transmutation** : *« Dans le still-point obtenu par l'application de ces techniques, le moteur tourne au ralenti et un échange entre tous les fluides du corps se produit. Quelque chose se produit dans ce frémissement. Il y a un changement ou une transmutation dans ce fluide, quelque chose d'invisible. Il ne s'agit pas d'un efflux déversé sur les nerfs, bien que le changement se transmette vers la région où les terminaisons du système nerveux périphérique cohabitent avec les lymphatiques. Ce changement se produit dans les constituants ou les éléments, par transmutation. C'est complètement différent d'une transmission, ou d'un reflux. »* (Wales ed., 1990, 176.)

Cette manière d'expliquer le phénomène me gêne parce qu'elle fait appel à des incohérences et des confusions de niveaux logiques. Il ne me semble tout d'abord pas cohérent de conférer à une substance physique un pouvoir non physique. Soit le liquide céphalo-rachidien est un fluide magique (ce que je ne crois pas du tout), soit il sert de véhicule à quelque chose de non matériel, le *Souffle de Vie*, ce que je ne crois pas non plus parce que c'est un liquide, pas une structure consciente et que la vie ou *Souffle de Vie* est conscience ; soit enfin, la modélisation utilisée prête à confusion. Je retiendrais cette dernière hypothèse. Cette manière d'exprimer le phénomène ressortit à la pensée magique. Enfin, le mot *transmutation* prête à confusion, parce qu'il appartient au vocabulaire de l'alchimie, bien peu à sa place ici.

Cependant, puisqu'il s'agit d'évoquer ce qui se passe au moment du still-point, plutôt que de séparer, cherchons ce qui semble commun à ces deux explications, ce qui les rapproche. C'est bien le *changement* et le retour à la vie d'une structure qui était en *hypovie*. Ce retour se fait-il parce que le principe de vie est transmis à la structure vivante (transmutation) ou bien parce que la conscience sort du refus pour accepter le retour à la vie (le mot *conversion* me semblerait mieux convenir) ? Je ne saurais trancher. Mais, dans les deux cas, il faut un intermédiaire (le praticien) qui met en place, consciemment ou non, des conditions permettant ce retour.

Quelle relation établissez-vous entre still-point et fulcrum ?

Le fulcrum est relatif à l'espace, le still-point au temps. Je vous invite à consulter leurs définitions respectives dans le glossaire. Le refus d'une structure de communiquer la maintient dans un espace et un temps incohérents par rapport au présent. En effet, au moment où elle a refusé de communiquer, elle cherchait à résoudre le problème rencontré à cet instant précis de sa vie, alors qu'elle occupait une position précise dans l'espace. En se perpétuant, la rétention maintient la structure dans ce temps et cet espace antérieurs. Elle est figée dans un autre temps et un autre espace, et cela crée un fulcrum non physiologique. Elle maintient une partie du système corporel dans un temps et un espace incohérents par rapport à ce qui se vit dans l'espace et le temps présents. J'interprète le still-point de résolution comme la remise en cohérence de l'espace et du temps qui permet à la structure de vivre à nouveau dans l'espace et le temps présents.

Vous inspirez souvent très profondément à certains moments. Faites-vous quelque chose avec votre respiration ?

Ce n'est ni volontaire ni délibéré. J'interprète le moment survenant à la fin d'un cycle de libération comme l'acceptation des tissus de se remettre en communication. Je le vois comme un *retour à la vie* qui s'accompagne d'une inspiration tissulaire témoignant du phénomène (la structure vivante convertit la communication en mouvement) et pour moi praticien, ce moment s'accompagne souvent d'un impérieux besoin d'inspirer profondément, comme si le Souffle de Vie transitait par moi pour atteindre ou réintégrer les tissus du patient. Je laisse s'opérer quelque chose, je ne le contrôle pas volontairement.

Vous avez parlé de douleur pouvant apparaître au cours de la libération d'une zone de rétention. Que faire quand la douleur est aiguë ?

Si la douleur est aiguë, il ne s'agit pas d'une zone de rétention. Il n'y a donc pas lieu de travailler dessus. En effet, nous avons vu que la caractéristique d'une zone de rétention est la non communication qui la fait sortir du schéma de conscience corporelle. Dans ces conditions, une zone de rétention n'est jamais spontanément douloureuse de manière aiguë. La douleur, c'est plutôt de l'hypercommunication. Si une douleur aiguë se

manifeste au contact, c'est que le praticien n'est pas sur une rétention. La rétention est ailleurs, proche ou loin, au-dessus ou au-dessous. Cherchez-la.

Il m'arrive de me sentir bizarre ou mal en travaillant certaines zones de rétention chez mon patient.

J'interpréterai cela comme un phénomène de résonance. La communication que vous établissez avec votre patient est relativement étroite et, lorsque vous contactez certaines zones de rétention chez votre patient, le contenu informatif mobilisé peut mettre en résonance des informations similaires contenues dans votre système corporel et provoquer des sensations de mal-être.

Plusieurs solutions peuvent vous aider, bien qu'aucune ne soit miraculeuse. La première consiste à améliorer la présence. Cet état (je vous rappelle qu'il s'agit d'un lâcher prise) vous déconnecte de vos propres résonances corporelles. La seconde, plus radicale, consiste à vous occuper de vos propres zones de rétentions et à les libérer d'une manière ou d'une autre. Cela réglera bien entendu le problème des résonances ! Je suis étonné et effaré de constater le petit nombre d'ostéopathes qui s'occupent d'eux. Je suis convaincu que le praticien doit être patient !

Notons que la vie courante provoque des situations de résonance, lorsque la personne et son organisme se trouvent confrontés à une situation comportant un ou des éléments assez similaires à des situations du passé ayant provoqué des flux bloqués et des rétentions d'énergie. Il s'agit le plus souvent de situations traumatiques ou de stress intense, provoquant de fortes émotions. Des douleurs ou des sensations bizarres peuvent alors apparaître pour des raisons mystérieuses, sans lien apparent avec ce que la personne vit dans le temps présent. Elle a oublié, mais l'organisme, ses tissus se souviennent.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE MAINTENANT

Nous allons tout d'abord synthétiser notre approche et ses modèles. Il se peut, en effet, que quelques informations essentielles concernant nos modèles et notre cohérence se soient perdues au fur et à mesure de nos développements. Nous allons donc commencer par rappeler l'essentiel des éléments conceptuels sur lesquels se fonde l'approche tissulaire. Nous utiliserons ensuite ces éléments comme points de cohérence pour développer un *modus operandi*, une logique d'approche et de travail pour aider notre patient.

Nous exposerons enfin en détail des approches techniques particulières ou spécifiques, outils pouvant être mis en œuvre dans la cohérence exposée.

> *« Les patients viennent nous voir parce que leur schéma de santé est obscurci par quelque nuage et qu'il pleut sur eux, mais cela ne modifie en rien le fait qu'au-dessus du nuage, il existe un soleil qui continue de briller ; la santé est toujours disponible. Nous avons la possibilité d'extraire le schéma de santé existant au sein de la condition maladive ou traumatique et de faire en sorte que le seul schéma qui demeure soit celui de la santé. En ce sens, notre position en tant que médecin est subordonnée. Notre responsabilité en tant que médecin en second est d'œuvrer avec le médecin en chef existant de manière inhérente chez nous et chez nos patients pour permettre à la fonction physiologique inhérente au patient de manifester son potentiel inhérent infaillible, c'est-à-dire d'amener le schéma de santé à émerger à la surface. »*
>
> (Brooks ed., 1997, 4.)

SYNTHÈSE 9

« Toutes les cellules ont deux choses en commun :
1/ une philosophie, 2/ un but.
En tant que philosophie, elles sont universelles : elles obéissent aux mêmes lois ;
en tant que but, elles ont simplement une action spécifique.
[...] *En tant qu'ostéopathes,*
nous acceptons leur action spécifique,
mais nous travaillons avec leur universalité. ».
Jacques Andréva Duval (interview), *Thinking*, n° 4, p. 5

Avant de nous lancer dans l'exposé d'un *modus operandi* et de techniques, il me semble important de résumer les modèles qui fondent la cohérence de mon propos.

LA CELLULE, UNE CONSCIENCE

J'envisage la cellule comme une conscience dont l'espace est limité par une membrane et centré par un fulcrum.
Le centre, fulcrum, *je*, conscience, est immobile par rapport à une périphérie en mouvement.
Le mouvement naît du besoin qu'a la conscience de se sentir exister. Cette sensation n'existe que dans le changement.
Ce changement se manifeste tantôt par un efflux (expansion), tantôt par un influx (rétraction).
L'alternance efflux/influx est imposée par la limite physique (la membrane) qui empêche l'expansion infinie, et par la nécessité de récupérer une partie de l'énergie dissipée.
Ainsi naît une tension réciproque au niveau périphérique de la cellule entre les forces expansives et les forces rétractives, en perpétuelle recherche d'équilibre. Ainsi naît également l'échange réciproque, la communication entre la conscience et son environnement, qui s'organise de manière rythmique.
La cellule est donc un convertisseur : elle convertit l'activité de la conscience qui est communication, en un mouvement alternatif d'expansion/rétraction.
La qualité du mouvement d'une structure vivante nous renseigne sur sa qualité de communication, donc sur sa vitalité.

ORGANISME

La nécessité de l'échange fait de la structure vivante un système ouvert, ce qui la rend vulnérable, mais capable d'évolution.
Pour résoudre des problèmes relatifs à la survie, une solution a consisté à regrouper les cellules pour constituer organes, systèmes et organismes. Cette évolution a engendré la complexité.
Les regroupements de structures s'associent à des regroupements de consciences, un organe disposant d'une conscience d'organe, un système d'une conscience de système et un organisme d'une conscience d'organisme.
Chaque conscience étant fulcrum, existe un fulcrum qui centre chaque cellule, organe, système et organisme.

Un fulcrum est par définition immobile par rapport à tout ce qu'il centre.
Le concept de fulcrum est le même, que l'on s'adresse à une conscience ou à une structure matérielle que l'on peut envisager comme une densification de consciences.

ORGANISME VIVANT, SYSTÈME ORGANISÉ

Nous envisageons le corps humain vivant comme une organisation de consciences, donc de fulcrums, à immobilité relative, centrés sur un fulcrum résultant, le *Je* du corps que les philosophies orientales localisent dans le centre du crâne.
À cette organisation de consciences répond une organisation de structures représentée par les agrégats cellulaires organisés en tissus et organes.
Le corps peut alors s'envisager comme un ensemble liquidien pulsatile rythmique (expansion/rétraction), organisé par un système de cloisonnement fibreux (membranes, fascias), centré mécaniquement sur le fulcrum de Sutherland.
Sur le plan mécanique, la première structure organisatrice est la dure-mère qui, par sa relative inélasticité, transforme le mouvement d'expansion/rétraction tissulaire multidirectionnel en créant des points de restriction de mouvement et des zones de liberté. Elle *gouverne* ainsi le système et organise sa mécanique.
Elle permet l'apparition de mouvements différenciés dans le système crânio-sacro-vertébral que, depuis Sutherland, nous connaissons comme mouvements de flexion/extension des os impairs et médians et de rotation externe/rotation interne des os pairs et périphériques.
Dans le temps d'expansion du système, la flexion/rotation externe des structures situées sur l'axe crânio-sacro-vertébral, induit une descente de tous les tissus périphériques attachés sur la base du crâne ou sur le bassin, la remontée étant induite lors de la rétraction induisant l'extension/rotation interne.
Ces tissus périphériques, os compris, étant eux-mêmes vivants, possèdent une pulsation rythmique qui leur est propre – une motilité –, qu'ils manifestent individuellement au sein de ce mouvement collectif.

Nous pouvons imaginer le corps comme une méduse qui représente l'idée de mouvements de fluides au sein de fluides, l'idée que la seule séparation en fluides intérieurs par rapport à des fluides extérieurs confère au système une identité et une organisation mécanique, sans pour autant modifier sa nature profonde : celle de fluide.
Pour l'organisme humain, nous parlons plutôt de *plasticité*, parce que la matérialité de certaines structures, notamment l'os, les rapproche particulièrement de l'univers physique.
C'est l'expérience palpatoire qui nous permet de ressentir la plasticité des structures.

LE CORPS INTERFACE

Nous envisageons le corps comme une interface entre deux types d'univers apparemment opposés : l'univers non matériel, celui de la conscience, et l'univers physique, celui du monde matériel.
La partie matérielle correspond à l'ensemble des matériaux issus de l'univers physique. Ils servent à constituer une structure concrète permettant à la vie abstraite, immatérielle et organisatrice, de se manifester dans la matière.
La structure vivante semble sans cesse à la recherche d'une tension réciproque équilibrée entre l'espace infini, l'expansion, que recherche la vie, et l'espace concentré, la rétraction, caractéristique de l'univers physique.
L'univers physique est constitué d'espace, de temps et d'énergie. La matière est de l'énergie concentrée, stabilisée et organisée dans l'espace et dans le temps.
Dans cette structure physique, la vie s'identifie dans la conscience et se manifeste par présence, attention et intention.

LUTTE POUR LA SURVIE

La structure vivante est un système relationnel pris dans le constant dilemme d'échanger avec l'extérieur pour conserver la sensation d'exister, tout en maintenant une séparation pour préserver son identité.
De ces impératifs opposés naît une tension réciproque qui tente sans cesse de s'équilibrer, ce qui est impossible, parce qu'alors la conscience perdrait la sensation d'exister.

Lorsque l'identité ou la survie de la structure vivante est menacée, elle tente de renforcer ce qui la sépare de l'extérieur en retenant de l'énergie, ce qui augmente la tension de sa membrane et induit de la densité et de l'inertie.
Un isolement, une diminution de sa communication se produisent également.
Lorsque ce phénomène devient chronique pour une structure, nous l'appelons *rétention*. Comme l'énergie est de l'information en mouvement, chaque rétention contient également de l'information sur ce qui l'a générée.
Trois grands types d'événements peuvent conduire à retenir de l'énergie : les situations traumatiques, les situations de stress et les situations métaboliques (excès, carences, intoxication).
Toutes trois correspondent à des situations relationnelles dans lesquelles le système vivant ne parvient pas à gérer l'énergie et l'information auxquels il est confronté.

CONSÉQUENCES D'UNE RÉTENTION

Sur le plan subjectif, celui de la conscience, cela se traduit par une augmentation de l'individuation, par diminution d'échange ou de communication avec l'environnement.
La structure devient alors moins consciente d'exister et, échangeant moins avec l'organisme auquel elle appartient, sort partiellement de la conscience de cet organisme qui *oublie* son existence.
Sur le plan objectif, celui de l'univers physique, cela se traduit par une augmentation de la densité, de la tension et de l'inertie.
Sur le plan mécanique, la zone en se rétractant, attire à elle les tissus qui lui sont connectés, ce qui altère la mécanique profonde de tout le système, l'obligeant à créer des adaptations.
Sur le plan physiologique, celui de la fonction, la zone étant en hypocommunication assure moins bien la ou les fonctions qui lui sont dévolues, obligeant l'organisme à mettre en place des fonctionnements compensateurs.
Sur le plan circulatoire, il y a ralentissement et stagnation des flux liquidiens induisant stases et accumulations de substances potentiellement toxiques.

RÉSOUDRE UNE RÉTENTION

La réticence à communiquer caractérise une zone de rétention. S'accorder, se syntoniser avec son *réel* physique et de conscience permet de la rejoindre dans son refus.
Le praticien étant lui-même conscience, il peut par sa présence, son attention et son intention, s'adresser à la conscience tissulaire et communiquer avec elle.
En se synchronisant à la densité, la tension et la vitesse des tissus, il entre en contact avec le réel matériel de la structure tissulaire.
Le contact avec ces deux réalités tissulaires, subjective et objective, se traduit par la mise en mouvement de la structure qui libère ainsi sa charge d'énergie et l'information associée, jusqu'au still-point, moment d'immobilité pendant lequel se résout la rétention et qui est suivi par le retour à la communication, manifesté par l'expansion de la structure.

CONSÉQUENCES DE LA RÉSOLUTION

Le retour à la communication de la zone tissulaire et sa réintégration dans la conscience de l'organisme, ainsi qu'une diminution de la densité, de la tension et de l'inertie de la région et de l'ensemble du système signent la résolution.
La mécanique, la physiologie et les circulations locales et globales du système corporel s'améliorent localement et globalement.
Il y a souvent libération des informations retenues dans la rétention, qui peut se manifester par un certain mal-être, pouvant aller jusqu'à des manifestations somato-émotionnelles importantes.

OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES

Comme son patient, le praticien peut s'envisager comme un ensemble de consciences centrées sur des fulcrums.
Conscient de ces consciences, il peut choisir de se centrer pour offrir au patient le point d'appui transitoire lui permettant de résoudre les rétentions essentielles qui empêchent son système de fonctionner de manière optimale et de manifester la santé.

En techniques tissulaires, nous proposons un *modus operandi* en trois phases :

1/ S'assurer que le système est globalement en communication et, si ce n'est pas le cas, adopter les mesures thérapeutiques permettant de le remettre dans un état de communication suffisant pour obtenir de lui de l'information signifiante.

2/ Chercher, trouver et libérer les principales zones de rétention empêchant le système corporel du patient de trouver son harmonie et de manifester la santé.

3/ Aider le système à se réharmoniser sur son axe essentiel, la dure-mère, afin qu'il puisse seul ensuite rétablir son harmonie profonde.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE MAINTENANT

Nous allons présenter et développer le *modus operandi* et proposer quelques approches techniques essentielles qui lui sont associées, avant de présenter des techniques spécifiques aux différentes régions du corps.

> *« Il faut de l'habileté, du temps et de la patience pour apprendre à ressentir ce fonctionnement, pour apprendre à ressentir le mouvement au sein des tissus initié par ces structures vivantes, non le mouvement volontaire du praticien ou du patient, mais le mouvement déjà présent lorsque le patient est tranquillement allongé sur la table ; pour apprendre à suivre les schémas se manifestant au sein de ces schémas ; pour apprendre à prendre conscience du potentiel inhérent au sein des points de fulcrum ; pour connaître le moment où un changement survient au sein du potentiel inhérent au cours de l'examen diagnostique ou thérapeutique ; pour apprendre à ressentir le déploiement du schéma après qu'il ait atteint le still-point ; et pour apprendre à analyser et à interpréter ces informations dans un raisonnement physiologique valable. Bien qu'il soit difficile de traduire le développement d'un toucher diagnostique en mots, c'est une procédure relativement simple dans la pratique réelle. »*
>
> (Brooks ed., 1997, 178.)

MODUS OPERANDI 10

« Si l'objectivité est pour une part illusoire
et le recensement exhaustif de tous les facteurs à considérer aussi,
cherchons plutôt quels sont les éléments pertinents qui vont nous permettre d'avancer.
Il s'agit de choisir parmi l'innombrable quantité d'informations à notre disposition,
celles qui ont une signification par rapport à notre objectif. »
Arlette Yatchinovsky, *L'approche systémique*, p. 82.

QU'EST-CE QUE LA SANTÉ ?

Still nous dit : « *Trouver la* santé* *devrait être l'objectif du docteur. N'importe qui peut trouver la maladie.* » (Still, 1999, 28.) Sous une apparence anodine, cette affirmation conduit immanquablement à la question : « Qu'est-ce que la santé ? » Ne sommes-nous pas en effet des praticiens *de santé* ? Et pourtant, quelle conception en avons-nous ? Il semble essentiel d'établir un concept de la santé qui nous centre, nous donne un référentiel et nous serve de fulcrum dans les actions entreprises dans le but d'aider nos patients. Puisque la vie répond à l'intention, voilà qui sera essentiel dans la conduite de notre dialogue avec les tissus du patient tout au long de notre intervention thérapeutique. Sans un tel référentiel, le risque est grand de retomber dans l'ornière symptomatique qui ne correspond pas à l'essence de la démarche ostéopathique.

Définir la santé n'est pas évident, tel que le souligne Rollin Becker : « *Il est extrêmement difficile de trouver les mots permettant d'exprimer la santé. Nous ne connaissons pas la signification du mot "santé". Nous pensons à la santé comme étant tout simplement "la santé" mais nous n'en avons aucune définition précise. Nous ne pouvons pas prouver que nous sommes en bonne santé, nous ne pouvons pas prouver que nous reflétons la santé. Pourtant, la santé, dans son sens le plus large, la Santé avec un grand S, c'est quelque chose.* » (Brooks ed., 1997, 219.)

Le dictionnaire nous dit qu'elle est « *l'état de quelqu'un dont l'organisme fonctionne bien* » (Larousse). Elle désigne plus généralement l'état de l'organisme, bon ou mauvais. Enfin, plus globalement, la santé correspond à l'équilibre de la personnalité, à la maîtrise de ses moyens mentaux et intellectuels. Le mot *équilibre* est peut-être celui qui semble le plus juste à l'ostéopathe.

Conscient que la santé peut être définie de nombreuses manières, notre propos sera d'envisager comment la cohérence de notre modèle nous la fait concevoir.

Santé absolue et santé relative

Pour un système vivant, la santé parfaite ou absolue correspondrait à une totale communication de toutes les parties, entre elles et avec l'environnement. On peut imaginer que cette perfection est inhérente à *l'intention de base* de tout système vivant donc de toute conscience. En ce sens, Le Souffle de Vie est Santé. Ainsi, quand la vie est présente, la santé est potentiellement présente avec elle : « *La santé n'est jamais perdue, elle centre notre expérience.* » (Sills, 1998, 1.)

De même, la rétention étant action de vie, acte de survie, la santé se trouve en son centre même. Ainsi, « *Notre intention est d'être présent à la Santé et de nous y associer ; la Santé n'est jamais perdue. L'objectif*

du processus est d'accéder à la Santé qui a centré la perturbation. Le but est de libérer la santé inhérente se trouvant au sein même de la résistance ou de la perturbation. Nous aidons le système à libérer son potentiel inhérent de sorte que quelque chose d'autre puisse se produire au-delà des compensations normalement mises en place. » (Sills, 1998, 2.)

Ce qui crée la rétention, c'est l'intention de vivre. Diminuer la communication, retenir de l'énergie est une réponse juste parce qu'efficace. C'est une réponse de vie. La rétention n'est qu'une exacerbation du mécanisme de base qui crée la conscience : l'*individuation**. Chaque fois qu'une conscience refuse de communiquer, elle s'individualise davantage, ce qui la sépare d'autant de la Santé inhérente, mais la Santé (la vie, le Souffle de Vie) est toujours présente. Ce n'est pas elle qui est en cause, mais la conscience qui tente de s'isoler.

Comme ce mécanisme permet la survie, il tend à persister alors que les conditions qui l'ont généré ont changé. L'erreur n'est donc pas dans le mécanisme même, mais dans sa persistance, qui le rend inadéquat à ce que vit la structure dans le temps présent. L'action thérapeutique consiste donc à rétablir une adéquation entre la communication de la structure et ce qu'elle vit dans le présent. La menace qui a généré le refus ayant disparu, la communication devrait se réinstaller et, avec, la santé réapparaître.

L'intention de vie, la Santé inhérente, a présidé à l'organisation du système vivant complexe. Cette même intention préside aujourd'hui à sa survie. Elle lui confère l'intelligence nécessaire pour adapter les restrictions et anomalies consécutives à une rétention. Ainsi, « *Toutes les formes et relations compensatrices sont également intelligentes. Prêtez attention à l'intelligence qui les centre. La densification survient dans ce qui devrait normalement être fluide. Au sein de la densité, recherchez ce qui est encore fluide. La Santé s'exprime toujours* » (Sills, 1998, 3).

Mal-être et maladie surviennent lorsque le système ne parvient plus à trouver un équilibre au sein de l'ensemble de contraintes et obligations qui sont les siennes, dans le temps présent. L'harmonie est rompue et le système ne parvient pas à la rétablir. Le mieux-être, voire le retour à la santé, ne signifie donc pas que l'organisme devient parfait, mais simplement qu'il retrouve sa capacité à créer l'harmonie. La santé est ainsi relative à l'organisme et à sa relation avec l'environnement dans le temps présent. Comme la vie est changement, la santé, bien que potentiellement présente et permanente n'est jamais acquise. Elle résulte d'une constante recherche d'un équilibre, sans cesse remis en cause. L'action du praticien consiste à rétablir les conditions permettant à l'organisme de recréer une harmonie manifestant la santé : « *Enlevez tous les obstacles et lorsque cela est fait intelligemment, la nature fera gentiment le reste.* » (Still, 1998, 300.)

Relativité des interventions

La relativité du concept de santé s'applique tout autant à l'action thérapeutique. Elle interroge, en effet, sur les résultats obtenus par tant de démarches thérapeutiques différentes, aussi bien que sur les résultats obtenus par tant d'interventions différentes au sein d'un même contexte thérapeutique.

En ostéopathie, par exemple, la complexité du système vivant, la quantité d'informations mises en mouvement par la relation patient/praticien, le point de vue du praticien sur l'ostéopathie, le patient, la santé, etc., font que deux praticiens ne perçoivent pas forcément les mêmes choses chez un même patient. L'un se focalise sur une partie corporelle, estimant que là se trouve la cause du problème, et l'autre se focalise sur une autre partie, estimant lui aussi détenir la clé de la difficulté de son patient. En mettant en œuvre le traitement associé à son point de vue, chacun peut obtenir des résultats tout à fait probants chez le patient et ainsi se conforter dans l'idée qu'il est dans le vrai.

Par ailleurs, des thérapeutiques aussi diverses que la médecine allopathique, l'ostéopathie, l'acupuncture, l'homéopathie etc., parviennent, en utilisant des moyens très différents, à aider le patient à recouvrer la santé. Comment est-ce possible ?

Le point commun à tout cela n'est-il pas qu'en utilisant des moyens différents, le praticien a permis au patient de recréer un équilibre, une harmonie ? Même des mesures très invasives (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) peuvent avoir des conséquences *positives*. Elles obligent d'une manière drastique le système à créer un nouvel équilibre. Cela ne fonctionne que si l'organisme dispose d'un potentiel vital suffisant pour gérer cette situation extrême. Passée la crise, le système semble *guéri*. Il a simplement pu recréer une autre harmonie tenant compte des nouveaux éléments en présence. Ainsi, « *Même*

le plus petit changement effectué au sein d'un système rigide entraîne une réaction en chaîne qui finit par modifier le système tout entier » (Watzlawick, 1993, 75). Ce concept relativise donc à la fois les techniques et les systèmes thérapeutiques utilisés. Il exprime un concept très simple et potentiellement très puissant : le Souffle de Vie est Santé potentielle. Le concept de cause se trouve également relativisé : « *Ériger en dogme, le principe selon lequel la découverte des causes réelles du trouble constaté doit constituer une condition* sine qua non *et qu'à défaut tout changement est impossible, revient à s'enfermer dans ce que le philosophe Karl Popper appelle une proposition auto-validante, c'est-à-dire une hypothèse vérifiée par sa confirmation comme par son infirmation et qui, de fait, devient irréfutable.* » (Watzlawick, 1993, 19.)

Notre préoccupation de praticien est donc une santé relative, faite d'harmonie et non de perfection. « *L'image de la perfection anatomique constitue un bagage indispensable à la compréhension de ce que l'on découvre dans beaucoup de têtes. C'est un processus simple pour qui voit et sent en comprenant comment peuvent se faire les adaptations. L'objectif avec vos patients est de découvrir le chemin vers une fonction saine au sein des mécanismes qu'ils vous amènent. Vous avez besoin de l'image mentale du parfait pour vous guider, mais il n'est pas bénéfique de tenter d'imposer l'idéal que vous connaissez à la tête que vous soignez.* » (Sutherland, 1990, 6.)

LES DONNÉES DU PROBLÈME

Le patient qui arrive au cabinet du praticien se présente comme un composite : un système de consciences communicantes, au sein duquel se sont créés des refus que le système a tenté d'adapter. Chaque nouvelle rétention s'est imposée sur un système déjà altéré par des jeux de rétention/adaptation de sorte qu'aujourd'hui, les éléments dominants caractérisant le cas du patient sont hypocommunication, disparité et complexité.

Hypocommunication

L'hypocommunication est la conséquence directe des rétentions. Pour en gérer les conséquences, le système doit placer une partie de sa conscience, c'est-à-dire de son attention, sur lui-même. C'est autant de conscience qui n'est pas disponible pour sa relation avec l'extérieur. Il *s'intériorise, s'individualise*, diminuant sa communication avec l'environnement, ce qui le met lui aussi en rétention et augmente les densité, tension et inertie globales. Au fur et à mesure que les rétentions/adaptations se créent, l'ensemble du système se rigidifie, ce qui participe à son vieillissement.

Disparité

La disparité se relie à l'histoire du patient, qui lui est personnelle, originale, unique. Les refus induisant de l'inconscience, il ignore les rétentions/adaptations qui se sont créées au cours de sa vie. De son histoire, il ne dira que ce qu'il croit essentiel, compte tenu de ses propres références. Le praticien, quant à lui, n'en connaît rien, pas plus que de la manière dont se sont organisées les rétentions/adaptations. Ce que dit le patient peut donc l'orienter dans sa recherche, mais c'est au sein même des structures vivantes qu'il doit chercher et trouver les éléments clés permettant de l'aider.

Complexité

La complexité, enfin, vient du fait que, sur un système par nature complexe, sont venues s'imposer des rétentions/adaptations dont nous ne connaissons ni l'ordre, ni l'organisation, ni, surtout, la subtilité. Nous n'en connaissons que la propriété essentielle : la réticence à communiquer.

Rollin Becker résume assez bien tout cela : « *Chaque fois qu'un patient entre dans votre cabinet, trois problèmes se présentent en même temps : les croyances et les idées qu'a le patient sur sa difficulté, ce que le praticien considère comme étant le problème du patient, et finalement, ce que l'ensemble anatomo-physiologique du corps du patient* sait[1] *être le problème.* » (Brooks ed., 1997, 154-55.)

Anamnèse

Si l'anamnèse constitue une importante source d'informations sur le cas du patient, celles qui ne sont pas accessibles à sa conscience ne seront pas dites : « *La meilleure histoire est toujours incomplète. Fréquemment, le patient oublie ou ne sait pas choisir les événements traumatiques qu'il raconte. Cependant, le corps humain enregistre les traumatismes significatifs et le*

1. C'est moi qui souligne.

praticien peut les lire s'il comprend le langage des tissus. Les cicatrices de la maladie doivent être disséquées et elles obstruent les forces vitales lorsque la maladie est supprimée plutôt que guérie. Ces cicatrices-là doivent également être connues et comprises. Un choc émotionnel profond, des chagrins ou des colères laissent aussi leur empreinte interne. Des mains perceptives sensibles peuvent trouver et changer ces effets avec un bénéfice durable pour le patient. » (Frymann, 1998, 71.)

L'anamnèse recherchera particulièrement les éléments supposés avoir pu provoquer des situations de rétention, dans les domaines traumatique, psychique et métabolique.

- Le domaine traumatique couvre accidents, chutes, chocs divers et interventions chirurgicales.
- Les domaines du stress et de l'émotionnel couvrent les événements difficiles vécus par la personne : grands stresses, deuils, pertes, échecs, etc.
- Le domaine métabolique, enfin, s'intéressera aux médicaments utilisés, notamment s'il y a eu intolérances ou réactions intempestives, aux vaccinations et à la consommation régulière de certains produits, tels alcool, drogues, produits laitiers pour les enfants.

Cependant, la vie étant relation, la manière dont se vit une situation est souvent plus importante que l'événement lui-même, de sorte que ces épisodes n'ont pas forcément généré des rétentions et ne sont pas obligatoirement importants dans la constitution du cas du patient. Ces informations peuvent servir à orienter l'attention du praticien vers des causes possibles de rétention mais ni lui, ni le patient, n'en connaissent exactement la portée. Ils peuvent en revanche servir de base à une recherche ultérieure se fondant sur la communication tissulaire et que nous appelons *interrogation tissulaire**.

Observer, percevoir

L'approche tissulaire nous incite à concevoir que le cas du patient défie toute systématisation, qu'il convient de ne pas projeter un savoir préétabli, mais plutôt d'*observer* comment se comporte la structure vivante de ce patient particulier. Cette approche se fonde donc essentiellement sur la *perception*, particulièrement celle des tissus. L'objectif est d'obtenir les informations directement de la structure vivante du patient. Mais comment obtenir de l'information fiable d'un système qui ne communique pas ou mal ? Comment trouver la ou les rétentions essentielles au sein d'un système qui en comporte énormément ? Enfin, comment agir en gardant à l'esprit que la santé ne dépend pas du praticien, mais du patient ?

Trois phases

C'est pour tenter de gérer au mieux ces différents aspects du problème, qu'un *modus operandi* s'est petit à petit organisé. Nous pouvons le diviser en trois phases :

1. S'assurer que le système est globalement communicant et, si ce n'est pas le cas, développer un processus destiné à le mettre en communication.
2. Chercher, trouver et libérer les principales zones de rétention perturbant le système.
3. Rétablir une harmonie minimum au sein du système pour lui permettre de procéder seul et le plus facilement possible à ses ajustements subtils.

PHASE 1 : UN SYSTÈME COMMUNICANT

Résumant les propos de Rollin Becker quant à son approche du patient, Jacques Andréva Duval écrit : « *Seuls les tissus* savent. » (Duval, 1976, 12.) Mais comment faire s'exprimer un système dont la communication est altérée ? Ou, autrement formulé, comment en obtenir une information qui soit à la fois *signifiante* par rapport au fonctionnement du système, et *fiable* par rapport à l'aide nécessaire ? Cette question est importante : puisque le système est vivant, même s'il est en mauvaise communication globale, il donnera toujours des réponses à nos interrogations. Mais quid de leur fiabilité ?

Recourons à l'analogie du conférencier et de son auditoire. Avant que ne commence l'exposé, les participants s'installent, discutent entre eux, plaisantent, etc. Ils sont communicants à un certain niveau – personnel –, mais pas en tant que groupe. Leur attention est focalisée sur l'espace qu'ils occupent et leurs préoccupations sont locales. Puis, un signal leur indique que la conférence va commencer. Alors, les attentions se focalisent sur le conférencier et celle du conférencier sur le groupe. Avant cela, une question posée au groupe n'aurait atteint qu'une partie

des personnes présentes et les réponses obtenues auraient été partielles et sans doute peu signifiantes par rapport au groupe.
Par ailleurs, l'attention étant maintenant réciproque, un participant qui parle avec son voisin ou fouille dans ses affaires sera facilement remarqué par le conférencier : il rompt avec l'unité du groupe.
Puisque notre modèle postule que le système corporel est constitué de consciences communicantes, nous pouvons lui transposer ce concept. Afin d'en obtenir une information fiable, il convient de s'assurer qu'il est globalement communicant et s'il ne l'est pas, de mettre en œuvre les mesures qui lui permettront de le devenir.

Comment savoir si le système est vraiment communicant ?
Puisque le patient est avec le praticien et peut lui parler, c'est que son système corporel est globalement suffisamment communiquant pour assurer une vie apparemment normale. Mais quid de la qualité des échanges au niveau des structures tissulaires, au sein des consciences organiques et cellulaires ? Comment connaître la qualité de la communication au sein du système ?
Le système corporel a été modélisé comme une organisation de consciences, se manifestant dans des structures, les cellules, organisées en tissus et organes et constituant un ensemble liquidien pulsatile rythmique (expansion/rétraction), organisé par un système de cloisonnement fibreux (membranes, fascias), centré mécaniquement sur le fulcrum de Sutherland. Ce système possède une pulsation rythmique résultante, perçue dans les expériences avec le ballon. C'est donc logiquement la densité et la tension de la boule crânienne, ainsi que l'amplitude et la vitesse du mouvement d'expansion/rétraction qui nous fournissent une information immédiate sur la qualité de communication au sein de l'ensemble du système corporel.

Bonjour - bonsoir
La communication n'est possible entre deux consciences que si elles s'accordent, se syntonisent sur un réel commun. Cette syntonisation est un *préalable** à la communication. Regardons comment deux personnes qui se connaissent peu ou ne se sont pas vues depuis longtemps, cherchent à établir une communication. Elles se syntonisent sur un sujet général, sur lequel l'accord est facile : elles parlent du temps. Il est le même pour tous et c'est un sujet anodin. C'est justement parce que la conversation est sans importance qu'elle est importante : elle sert de *préambule**, d'amorce, à la vraie communication entre les deux personnes, qui leur permettra d'aller plus loin dans leur échange.
Pour communiquer avec les tissus, le praticien utilise comme préalable la syntonisation à leurs densité, tension et vitesse et le préambule à la communication avec l'ensemble de la structure corporelle du patient (envisagée comme groupe de consciences), s'appelle la technique du *crâne/bassin/crâne**. Il s'agit de réaliser successivement l'approche globale du crâne à huit doigts, puis l'approche globale du bassin et de revenir à l'approche globale du crâne. Ces techniques sont décrites en détail dans le chapitre suivant. L'objectif de cette pratique est à la fois d'entrer en communication avec l'ensemble du système, et de l'équilibrer en le centrant sur son axe mécanique, la dure-mère dans notre modèle. Une fois réalisé ce préambule, la communication est établie entre le praticien et la structure corporelle de son patient mécaniquement équilibrée sur son axe organisateur. Les choses sérieuses peuvent alors commencer…

Lorsque la communication est difficile
Malheureusement, le processus ne se déroule la plupart du temps pas aussi facilement : au moment où le praticien contacte le crâne de son patient et cherche sa réalité matérielle en le comprimant légèrement pour se synchroniser avec ses paramètres physiques, il rencontre une résistance, une densité et une inertie des structures crâniennes telles que pour pouvoir se syntoniser avec elles, il faudrait engager trop de force et d'énergie pour que ce soit réalisable. Le système est vraiment fermé et refuse de communiquer. Cela est l'indication de la technique de *compression occipitale**, décrite dans le chapitre suivant et dont l'objectif est d'améliorer le niveau de communication dans l'ensemble du système en permettant au plus grand nombre possible de rétentions mineures de se libérer. Nous rejoignons là une affirmation de Magoun qui, à propos de la compression du quatrième ventricule, affirme : « *Celle-ci facilite le diagnostic et le traitement des lésions spinales primaires et secondaires. Après la compression du quatrième ventricule, les lésions secondaires s'atté-*

nuent et sont plus faciles à mobiliser. C'est la raison pour laquelle il est bon de commencer tout traitement par cette technique. Elle est impérative pour les patients nerveux, tendus ou inquiets. » (Magoun, 2000, 113.)

La technique terminée, il faut revenir au crâne/bassin/crâne, parce qu'un ou des cycles n'ont pu se terminer, et parce que la libération des rétentions survenue pendant la compression occipitale a modifié l'équilibre du système qu'il convient de rétablir, au moins grossièrement, sur son axe organisateur dure-mérien.

Lorsque la communication semble vraiment impossible

Il arrive parfois que la compression occipitale ne puisse être réalisée, la densité de la structure étant telle qu'aucune syntonisation avec sa densité et sa tension n'est réalisable. Le système est totalement fermé sur lui-même, en refus. Cet état est l'indication de la technique hépatique, également décrite dans le chapitre suivant.

La principale raison qui m'a conduit à l'utilisation systématique de cette technique dans le cas décrit, est pragmatique et fonctionnelle. Ce choix résulte de nombreux tâtonnements à la recherche d'une solution pour déverrouiller le système lorsque densité, tension et inertie, trop importantes, rendent impossibles crâne/bassin/crâne et compression occipitale. C'est finalement cette pratique qui a donné les résultats les plus constants, et me l'a fait adopter comme étape majeure dans le *modus operandi*.

L'ensemble des raisons théoriques possibles expliquant pourquoi et comment la libération hépatique peut avoir un tel impact sur le fonctionnement du mécanisme respiratoire primaire est évoqué dans la description de la technique.

La technique hépatique réalisée, nous remontons d'une étape dans l'enchaînement de la procédure avec la compression occipitale, parce que la technique a été commencée, et des cycles de libération initiés sans être menés à leur terme. Puis nous remontons encore d'un cran pour terminer le cycle crâne/bassin/crâne, lui aussi commencé et non achevé.

Phase 1 : phénomène final

La fin de la phase 1 est atteinte lorsque le praticien peut comprimer globalement le crâne et en obtenir une réponse plastique. La structure crânienne est perçue *dans sa masse* non plus comme une boule dure, tendue et inerte, mais comme relativement souple et malléable. Cette plasticité permet à toute zone dense d'apparaître beaucoup plus nettement à la palpation : un arbre dans la forêt ne se remarque pas, mais au milieu d'une prairie, on ne voit que lui.

À ce niveau du travail, je ne m'attends pas à ressentir une structure sans défauts. Au sein de la plasticité globale, densités et asymétries demeurent, ce n'est pas important. Au fur et à mesure de la séance, la plasticité ira s'améliorant et les disparités diminueront. Ce qui compte, c'est d'être passé d'un état de densité et d'inertie majeures à un état plastique, attestant le changement dans l'état de communication du système corporel suffisant pour procurer une information signifiante. Nous pouvons passer à l'étape suivante du déroulement de la séance.

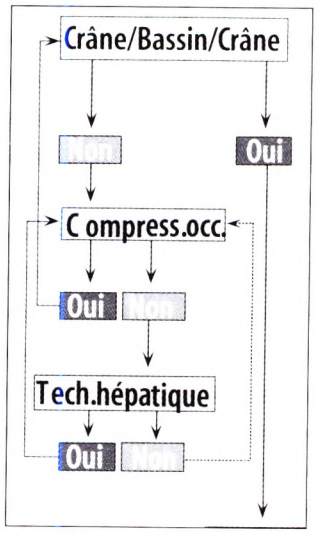


Figure 11. Phase 1 du traitement ostéopathique tissulaire : ordinogramme.

PHASE 2 : CHERCHER, TROUVER, LIBÉRER LES ZONES DE RÉTENTION

Puisque le système est maintenant en communication, donc en mouvement, et relativement fluide ou plastique, il devient plus facile, à partir des perceptions tissulaires, d'obtenir de l'information permettant de trouver des zones de rétention, et par là de s'orienter vers des régions corporelles nécessitant de pratiquer des techniques spécifiques de libération.

Cette partie du *modus operandi* repose sur deux propriétés matérielles essentielles d'une zone de rétention : rétraction et densité. Posée sur une zone de rétention, la main du praticien ressent la densité au contact, et posée à distance, elle est attirée vers elle.

N'oublions pas qu'attention et intention doivent être précises et que l'information tissulaire est en correspondance avec le niveau de densité atteint dans la synchronisation avec les tissus du patient. Ainsi, deux niveaux de densité différents peuvent nous communiquer deux informations différentes, chacune étant juste par rapport à son niveau de densité.

Les informations importantes

Lorsque la main du praticien se sent attirée, deux informations importantes doivent être analysées : la direction de la traction et son amplitude.

La *direction* oriente vers une région de l'espace corporel. L'*amplitude* indique si la zone qui appelle est proche ou éloignée. Plus la traction semble *longue*, plus la zone qui appelle est éloignée. Cela peut paraître paradoxal : on pourrait penser que la distance amortit la traction, mais cette perception vient du fait que lorsque la zone est proche, la main qui suit les tissus finit par l'atteindre, ce qui fait disparaître la sensation, alors qu'elle n'atteint pas une zone plus éloignée, de sorte que la traction reste perceptible.

Ce qui va être développé n'a de sens que si le système est suffisamment en communication, c'est-à-dire plastique à la perception, donc déformable. Les différentes tractions qu'exercent les rétentions sont alors beaucoup plus facilement perceptibles, les plus importantes étant perçues en premier. La perception ne dépend alors plus tant du système corporel, disposé à fournir l'information, que du savoir-faire du praticien dont l'habileté garantit, à l'instar de l'horloger, l'efficacité.

Nous travaillons beaucoup avec les perceptions au niveau du crâne et du bassin. Ce sont les structures les plus proches de l'axe, qui sont directement ou indirectement en relation avec l'ensemble des structures corporelles. Toute anomalie s'y trouve donc répercutée de sorte que par leur intermédiaire, nous pouvons trouver presque toute l'information tissulaire dont nous avons besoin pour découvrir des zones de rétention dans le corps de notre patient. Cela nous oblige cependant à nous préoccuper en premier des informations tissulaires locales. En effet, les informations extérieures au crâne et au bassin ne peuvent nous parvenir clairement que si, les structures du crâne et du bassin ont été au moins partiellement libérées de leurs rétentions. Ce n'est donc pas par hasard si les premières informations tissulaires que nous recueillons lorsque le système est communicant (plastique) sont locales.

Perceptions crâniennes

La phase 1 terminée, le praticien reprend contact avec le crâne par la prise à huit doigts. Son attention se focalise sur la boule crânienne, avec l'intention d'obtenir une information à la recherche d'une rétention. Puisque l'information viendra du niveau de densité avec lequel le praticien s'est synchronisé, il comprime progressivement la structure et analyse la perception qu'il obtient, en retour.

L'objectif n'est pas d'obtenir une information sur la mobilité normale ou anormale de la symphyse sphéno-basilaire ou d'une autre articulation crânienne. Nous ne considérons plus le crâne dans sa particularité de système articulé mais dans sa globalité de boule plastique. Rappelons que la sensation de plasticité naît de l'accord avec la densité et la tension de la structure.

Ce que nous cherchons désormais, c'est une zone dense, ressentie soit directement sous la main, soit attirant la main. C'est sur ce type d'information que porte notre intention et non plus sur le mouvement articulaire de la structure crânienne.

Cette étape est une des plus difficiles à négocier dans l'apprentissage tissulaire, parce qu'elle oblige le praticien à changer de référentiel perceptif et à négliger un domaine d'informations qu'il considérait jusqu'alors comme essentiel. Il est donc vraiment important de comprendre, d'intégrer que nous observons le système crânien, et corporel, à partir d'un autre point de vue. En conséquence, perceptions et informations correspondant à l'observation à partir de ce nouveau point de vue sont forcément différentes. La transition peut être difficile, la difficulté majeure émanant du mélange des niveaux de cohérence qui pousse à utiliser les informations d'un niveau avec la cohérence d'un autre niveau.

L'expérience avec cette approche a permis de dégager quelques perceptions majeures au sein de la boule crânienne, une fois qu'on en a une perception plastique. Je me contenterai ici d'en établir la liste avec les indications techniques afférentes. Ces informations seront reprises et détaillées plus loin avec les techniques correspondantes.

Perceptions sacrées

Comme le crâne, le bassin est traité dans sa globalité. Nous ne pouvons parler ici de *boule* comme pour le crâne, mais le concept est le même. Le travail global sur le bassin doit nous conduire à le considérer et à le percevoir comme un volume plastique et c'est à partir de ce volume que nous cherchons les indications tissulaires. Les informations principales sont données par le sacrum, la plupart sous forme de traction.

Principales perceptions à partir du crâne en tant que *boule plastique.*

Perception à partir du crâne	Indication tissulaire
• Crâne dense, tendu, immobile, impénétrable	• Compression occipitale
• Mains attirées vers le centre, *ou* perception d'un diabolo mou, *ou* sensation d'une tension de surface	• Technique sur la dure-mère
• Diabolo dur, compression de base	• Technique sur axe ostéo-articulaire crânien
• Sphère postérieure dense	• Technique globale de sphère postérieure
• Densité juste en avant conduit auditif	• Technique sur articulation temporo-mandibulaire
• Sphère antérieure dense	• Technique globale de sphère antérieure
• Point d'appui périphérique	• Localiser le point et y pratiquer la technique appropriée
• Attraction vers l'extérieur du crâne, s'appliquant sur sphère postérieure	• Traction musculo-squelettique externe, analyser direction et amplitude
• Attraction vers l'extérieur du crâne, s'appliquant sur sphère antérieure	• Oriente vers la sphère viscérale, analyser direction et amplitude

Principales perceptions à partir du bassin en tant qu'*espace plastique.*

Perception à partir du sacrum	Indication tissulaire
• Densité au contact de la main	• Sacrum intra-osseux ou pôle inférieur de la dure-mère
• Densité sur partie inférieure du sacrum	• Sacro-coccygienne ou coccyx
Tractions longues	
• Sacrum tiré vers le haut, traction très longue	• Pôle supérieur de la dure-mère
• Sacrum tiré latéralement, traction longue	• Tissus mous hanche, bassin
• Sacrum tiré latéralement et vers le bas	• Tissus mous cuisse ou plus bas, membre inférieur
Tractions courtes	
• Vers le haut	• Disque lombaire ou viscéral petit bassin
• Vers le haut, oblique	• Facette lombaire (jusqu'à L3-L4)
• Latérale ou latérale vers le bas	• Sacro-iliaque

Points relais

Ces informations sont évidemment plus ou moins précises. Elles orientent vers un espace corporel. Il convient ensuite d'aller vérifier dans la région suspectée ce que les tissus ont à exprimer.

Lorsque la traction est très longue, elle ne renseigne que sur la direction. Il convient de prendre ce que nous appelons des *points relais* pour affiner la perception et finalement trouver la localisation exacte.

Tout n'est pas perçu à partir du crâne ou du bassin. De nombreuses zones de rétention situées sur la colonne vertébrale, la sphère viscérale ou les membres ne sont pas trouvées à partir du crâne ou du bassin. Il convient de les chercher plus localement. Pour la colonne vertébrale, nous utilisons les rebonds, pour les membres et la sphère viscérale, l'approche globale adaptée qui permet de localiser les densités. La symptomatologie du patient ou une logique physiologique peuvent conduire le praticien à inspecter une région. Mais il est important de se souvenir que ce sont les tissus qui indiquent si la zone est dense et doit par conséquent être traitée ou non.

Compression ou traction ?

La synchronisation avec les paramètres physiques d'une structure peut se faire de différentes manières,

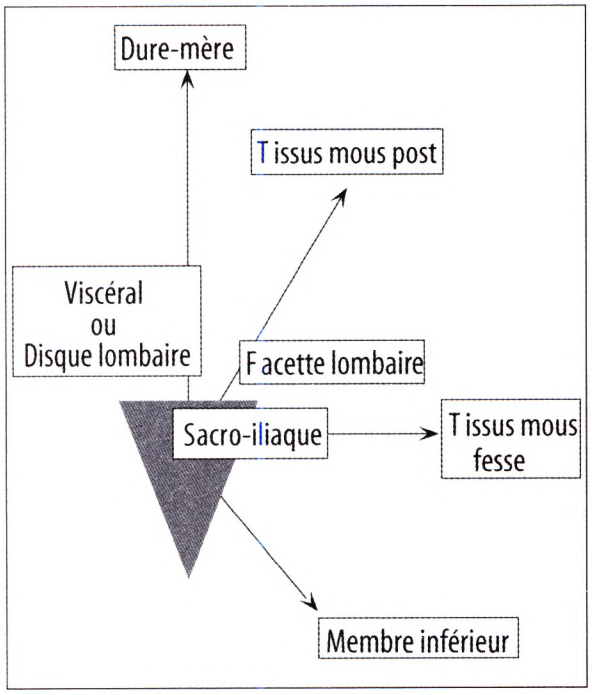


Figure 12. Tractions à partir du sacrum.

notamment en la *comprimant* ou en l'*étirant*. La compression est systématiquement privilégiée. En effet, la rétraction étant la manifestation physique majeure d'une structure en rétention, la compression permet de l'atteindre dans la réduction de son espace. C'est d'ailleurs le plus souvent la demande spontanée des tissus denses. Puisque nous rejoignons la structure dans son refus, cela correspond à une véritable *aggravation de lésion*. C'est également l'approche qui se montre à l'usage la plus rapidement efficace.

La traction est un excellent moyen diagnostique, particulièrement intéressant au niveau des membres. Une structure en rétention résiste en effet à l'étirement. En étirant très légèrement le membre après s'être synchronisé à sa densité et à sa tension, et en analysant la réponse des tissus à l'étirement, on perçoit assez facilement les zones qui résistent, avec la sensation qu'elles *freinent* la progression de la traction. Cela sera explicité avec les techniques sur les membres.

La traction est utilisée pour traiter lorsque la compression est impossible pour des raisons techniques. Le praticien étire jusqu'à percevoir la résistance de la structure. Il se syntonise avec elle, tout en plaçant son attention sur l'espace de la région. Il augmente très progressivement la traction en accompagnant la libération qui survient également dans le mouvement mais plus laborieusement qu'en compression.

Les différents types d'approche

Une zone de rétention peut être approchée de différentes manières : le relâchement dans l'axe, le relâchement au sein des tissus et le relâchement des points d'insertion.

Le relâchement dans l'axe consiste à prendre la partie à traiter par son extrémité et à suivre la libération des tissus. Cette approche s'utilise particulièrement pour les membres, mais également pour certaines parties de la colonne vertébrale. On peut utiliser traction et compression. Dans les deux cas, ces techniques font appel à la conscience de longueur de bras de levier : en effet, la libération se fait à partir de la zone dense qui centre le mouvement. Du fait de la longueur du bras de levier existant entre ce centre et le point d'appui, la libération peut induire des mouvements rapides et très amples avec lesquels il n'est pas toujours facile de se synchroniser.

Le relâchement au sein des tissus consiste à prendre un appui sur les tissus à traiter, à se syntoniser avec leur densité (compression) et leur tension, puis à suivre les mouvements qui naissent à ce moment. Ces techniques s'utilisent dans les masses musculaires et ligamentaires, notamment péri-articulaire, et au niveau de la sphère viscérale abdominale.

Le relâchement des points d'insertion. La sollicitation d'une structure se transmet sur ses insertions, siège privilégié de rétentions. Les sollicitations brutales ou traumatiques peuvent y créer des phénomènes de *coup de fouet*, avec toute la retenue d'énergie que cela peut générer. Notons également que toute insertion est par nature une zone de conflit : il y a connexion de tissus relativement mobiles et peu denses (tendon, ligament, fascia, etc.) avec d'autres, beaucoup plus denses et inertes (notamment, os). Quelle que soit sa localisation dans le corps, une zone d'insertion est particulièrement sujette à contrainte, donc à rétention.

Phase 2 : phénomène final

Il conviendrait mieux de parler de phénomènes finaux, chaque fin de cycle de libération étant marqué par un still-point, suivi d'une expansion tissulaire plus ou moins importante. Rappelons que la

libération complète se manifeste par une expansion particulièrement nette de la structure, indiquant la remise en communication de toute la zone traitée.
Au fur et à mesure des libérations successives, la boule crânienne, après réajustement et réharmonisation (phase 3), semble devenir de plus en plus souple et déformable, de plus en plus plastique. Par ailleurs, on peut noter que les informations tissulaires changent parfois radicalement à la suite de libérations de rétentions dans le système.

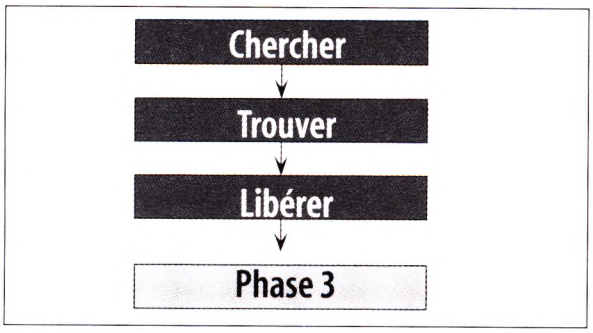


Figure 13. Phase 2 du traitement ostéopathique tissulaire : ordinogramme.

PHASE 3 : L'HARMONISATION MÉCANIQUE DES TISSUS DU CORPS

Une zone de rétention, en se rétractant et en attirant vers elle les tissus connectés, altère l'organisation mécanique corporelle et le système crée des cycles de compensation, adaptations nécessaires pour modifier sa physiologie afin de répondre à ses obligations homéostatiques. En aidant une zone de rétention à se relâcher, le praticien fait donc pour le corps quelque chose de très positif, mais en même temps, il induit dans la physiologie corporelle un changement venant altérer le fragile équilibre si difficilement acquis. Son action, localement très favorable, perturbe le système dans son ensemble.
Toutefois, si le système corporel a manifesté suffisamment d'intelligence pour créer ces adaptations, il peut également l'utiliser pour les lever lorsqu'elles ne sont plus nécessaires. Lui seul est capable d'intégrer, avec toute la subtilité nécessaire, l'ensemble des informations le lui permettant : « *Enlevez tous les obstacles et lorsque cela est fait intelligemment, la nature fera gentiment le reste.* » (Still, 1998, 300.)

Le praticien, ne saurait donc se substituer à la sagesse du système corporel. Dans ce processus, son intervention doit être minimum, consistant seulement à recréer l'harmonie mécanique grossière par rapport aux changements qu'il vient d'effectuer, rendant moins problématique la gestion du changement par le système corporel, ce qui évitera ou minimisera les réactions inconfortables pour le patient.

Retour à la globalité

L'ajustement grossier se fait en pratiquant le crâne/bassin/crâne déjà évoqué. En même temps qu'elle rééquilibre le système corporel sur son axe mécanique, la technique permet de reprendre un point de vue plus global pour communiquer avec le système et en obtenir de l'information. En effet, même s'il est indispensable de procéder à des interventions spécifiques sur une région, c'est le système global que nous devons considérer. Les informations qu'il nous transmet sont d'autant plus fiables que notre point de vue d'observation est global.
Enfin le crâne/bassin/crâne permet de s'assurer que la zone de rétention qui s'était individualisée par rapport à l'ensemble du système est réintégrée dans la conscience globale, modifiant ainsi son comportement en conséquence.
Une fois cette réharmonisation effectuée, nous pouvons de nouveau reprendre la phase 2 et réinterroger le système à la recherche d'autres rétentions perturbatrices.

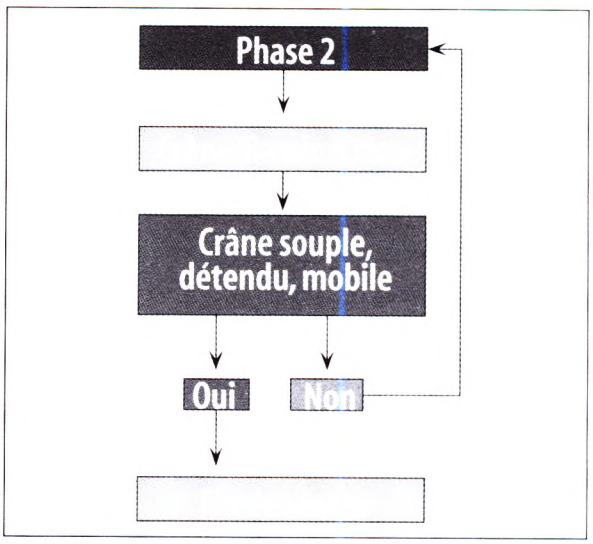


Figure 14. Phase 3 du traitement ostéopathique tissulaire : ordinogramme.

Phase 3 : phénomène final

La fin de la phase 3 correspond à un système grossièrement réharmonisé par rapport aux changements induits par une libération de rétention, et recentré sur son axe mécanique dure-mérien. La boule crânienne est perçue comme plus souple, plus mobile et plus harmonieuse, son mouvement est moins dissymétrique.

QUAND S'ARRÊTER ?

Nous pouvons bien nous acharner à défaire des rétentions, la vie étant par définition relationnelle et dynamique, de nouvelles rétentions viendront remplacer les anciennes. Par ailleurs, dans un système aussi complexe que le corps, on peut supposer qu'il existera toujours des zones de rétention. Le sac paraît sans fond. Cependant notre objectif, rappelons-le, n'est pas de supprimer toutes les rétentions pouvant exister dans le système corporel, mais de le ramener dans une condition lui permettant de mieux les harmoniser, ce dont il est parfaitement capable. Quels critères alors adopter pour décider d'arrêter une séance ou un traitement ?

La fin d'une séance

La perception, en fin de phase 3, d'un crâne souple, détendu, mobile et équilibré serait l'indicateur idéal de la fin d'une séance. Cependant, même lorsque de bonnes libérations se sont produites en cours de travail, il est rare d'obtenir une information aussi complète. Il convient d'ailleurs de ne pas utiliser un critère de trop grande perfection, nous poussant à prolonger interminablement le travail à la recherche d'une hypothétique perfection. Cela conduirait à faire plus que ne peut gérer l'organisme du patient. C'est en nous référant au motif de consultation et en évaluant la qualité dans les changements tissulaires que nous trouvons les informations essentielles pour nous orienter.

L'analyse tissulaire du cas du patient a conduit le praticien à trouver certaines zones de rétention majeures, probablement en relation avec le symptôme présenté par le patient. La libération de ces zones, associée à la perception d'un bon changement au niveau de l'ensemble du système, indique la fin de la séance.

L'autre indicateur fiable est l'amortissement ressenti dans les changements au sein des tissus : au fur et à mesure que la séance se déroule, le praticien sent que les réponses tissulaires sont de moins en moins franches. Cet indicateur est à respecter parce qu'il rend compte de la vitalité de la structure corporelle du patient et de la quantité de changement qu'il peut accepter à ce moment précis.

La fin d'un traitement

Plusieurs séances peuvent être nécessaires, en fonction de l'accumulation des rétentions et de la densité corporelle qu'elles induisent. Les règles évoquées pour arrêter une séance s'appliquent. Notre rôle n'est pas de supprimer toutes les rétentions existant dans le système corporel du patient, mais de l'aider à retrouver une condition lui permettant d'activer les ressources nécessaires à recréer la santé. « *La santé est restaurée lorsque la flexion/rotation externe et l'extension/rotation interne des mécanismes involontaires du corps se manifestent.* » (Brooks ed., 1997, 247.)

LES AIDES

Malgré la qualité de la présence, de l'attention et de l'intention du praticien, ainsi que de sa synchronisation avec les paramètres matériels d'une zone de rétention, il arrive que la zone rechigne à se remettre en communication. Plusieurs pratiques peuvent aider le processus : la verbalisation de l'intention, l'apnée expiratoire, l'induction du refus et l'interrogation tissulaire.

Verbaliser l'intention

Si nous reprenons l'exemple du conférencier qui s'adresse à un groupe, il peut, au cours de sa conférence, choisir de s'adresser plus particulièrement à une ou plusieurs personnes. Par exemple, il peut dire : « *Je m'adresse maintenant à tous les blonds de la salle.* » Les blonds savent que le conférencier s'adresse à eux et demeurent attentifs, les autres, ne se sentant pas concernés, se désintéressent de ce qui se passe désormais, jusqu'à ce que le conférencier s'adresse à nouveau à l'ensemble du groupe. Notons que cette focalisation de l'attention n'est pas décidée par les membres du groupe, mais par le conférencier. De même, le praticien, lorsqu'il projette son attention sur la région qu'il désire traiter, peut verbaliser mentalement son intention pour préciser à qui il s'adresse plus particulièrement : « *Je m'adresse à…* » Ce processus fonctionne parce que le système corporel du patient est consti-

tué de consciences. Il convient seulement de ne pas limiter la formulation à la région anatomique mais de l'étendre à la conscience présente dans la place avec elle. C'est en expérimentant cette manière de faire que la différence dans la qualité des réponses tissulaires deviendra évidente au praticien.

L'intention de séance

Dans le même ordre d'idée, formuler une intention claire en début de séance procède du même principe : indiquer aux systèmes de conscience présents sur quoi va porter le travail et centrer les attentions dessus. Cela est également utile au praticien qui a trop souvent tendance à oublier pourquoi il est en train de travailler.

L'intention de séance porte en général sur le problème majeur qu'a évoqué le patient lorsqu'il a indiqué la raison de sa venue. Souvent, je verbalise cette intention non pas mentalement, mais oralement avec une *injonction* du genre : *« Alors, voyons, pour ce problème de… que se passe-t-il ? »*

Apnée expiratoire

Lorsqu'une zone de rétention est réticente à se libérer, le praticien peut demander au patient une apnée expiratoire. Très souvent, c'est au moment où le patient reprend son souffle et inspire à nouveau que la libération survient tout à coup. On peut imaginer que cela illustre la relation entre la respiration primaire et la respiration secondaire, entre le Souffle de Vie et le souffle de l'air.

Contrairement au système classique utilisant l'apnée en fonction du type de restriction (apnée expiratoire pour les restrictions en extension ou rotation interne et apnée inspiratoire pour les restrictions en flexion ou rotation externe), nous utilisons systématiquement l'apnée expiratoire. La raison en est simple : quelle que soit la restriction de mobilité induite par la rétraction tissulaire, une rétention correspond toujours à une expiration. L'apnée expiratoire correspond donc pour nous à une véritable aggravation de lésion tissulaire, quelle que soit par ailleurs l'anomalie qu'elle induit dans la mécanique du système.

Encourager le refus

Le praticien peut encore aider une rétention qui rechigne à se libérer en l'encourageant dans son refus. Il le fait déjà lorsque, utilisant les paramètres objectifs, notamment la densité, il accompagne la structure tissulaire dans sa rétraction, témoin de son refus de communiquer. Il peut également utiliser son intention, et encourager verbalement et mentalement la zone à refuser encore plus. Il s'agit, là aussi, d'une aggravation de lésion, puisque le praticien encourage la conscience à aller dans son refus. De plus, en faisant cela, il valide la conscience tissulaire dans son refus, il reconnaît que refuser a été une attitude juste au moment où cela s'est produit, ce qui a tendance à la remettre en communication. La conscience est sensible à la validation/*invalidation**. Nous-mêmes sommes plus disposés à communiquer avec une personne qui reconnaît notre être et notre faire, et peu enclins à communiquer avec une personne qui ne les reconnaît pas, voire les blâme.

Ce processus met en œuvre de façon subtile la propension de la conscience à se protéger en résistant ou refusant. Quoi qu'on lui demande, elle aura tendance à résister ou refuser. Mais si on va avec elle dans son refus, elle ne peut refuser davantage, et se remet en communication. C'est la magie de la vie à l'œuvre.

L'attitude du praticien par rapport au concept de rétention apparaît ici particulièrement importante. Puisque la rétention est évoquée comme *le fauteur de trouble*, le praticien peut en venir à la considérer avec agressivité. Il faut alors *exterminer*, *éradiquer* les rétentions. Comme l'attention est la projection de la conscience, le praticien projette avec lui son état d'esprit. Mais les consciences tissulaires sont sensibles à une telle attitude, qui provoque immanquablement leur retrait, leur fermeture. Seule la bienveillance neutre et sans jugement du praticien peut ici convenir.

Rollin Becker a perçu cela et l'exprime clairement dans une conférence appelée « L'aide est toujours présente » : *« Je suis tombé sur un article de journal intitulé "L'aide qui est toujours disponible". Il racontait l'histoire d'une organisation internationale qui a mis en place un réseau téléphonique à l'intention des personnes ayant besoin d'aide.* […] *Les bénévoles qui travaillent dans les centres d'aide apprennent qu'écouter, même par téléphone, est une façon d'aider.* […] *Les bénévoles ne donnent ni ordres ni conseils, ils ne sermonnent ni n'enseignent. Ils ne disent pas de faire ceci ou cela, et ils ne suggèrent pas qu'ils savent ce qui inquiète la personne. Au lieu de cela, ils ont appris à écouter ce que disent ces personnes sans porter de jugement, à les écouter sans essayer de les analyser ou d'analyser leurs problèmes. »* (Brooks ed., 1997, 12.)

L'interrogation tissulaire

Lorsque le praticien s'est synchronisé avec la densité, la tension d'une zone en rétention et que son attention l'englobe, il est en communication avec elle. Lorsque cette rétention ne parvient pas à se libérer, malgré l'utilisation de l'apnée expiratoire et de l'incitation à refuser, il est possible de l'aider en envoyant une information sous forme de question quant à la source de la rétention : s'agit-il d'un événement traumatique, émotionnel ou métabolique ? Lorsque l'information juste arrive à la structure, elle se remet en général en mouvement et finit de se libérer. Cette manière de procéder fait partie du dialogue avec les tissus développé dans le chapitre sur le dialogue tissulaire. Cependant, insistons sur le fait que nous ne l'utilisons qu'en dernier recours, lorsque toutes les autres solutions ont été insuffisantes, et seulement lorsque la communication est très précisément centrée sur la région qui tente de se libérer. En effet, vue la complexité du système corporel, si l'attention n'est pas particulièrement centrée, il est fort probable que nous obtiendrons des réponses parasites, que nous interpréterons à tort comme émanant de la zone en rétention.

Mise en garde

Utilisées judicieusement, les aides proposées peuvent se révéler particulièrement efficaces. Mais elles ne sont que des aides et ne sauraient *en aucun cas* se substituer à la qualité de la présence, de l'attention et de l'intention du praticien. Allons plus loin, utilisées avec présence et attention, intention défaillantes, elles ne fonctionneront tout simplement pas, parce qu'elles sont raffinement et sophistication de ces qualités de base.

Dans l'ordre de mise en place et d'importance :

1. Présence
2. Intention de séance
3. Attention globale
4. Attention focale
5. Intention verbalisée (je m'adresse à…)
6. Apnée expiratoire, associée à incitations au refus
7. Interrogation tissulaire

N.B. : assurer la mise en place correcte des quatre premiers points avant le recours éventuel aux suivants.

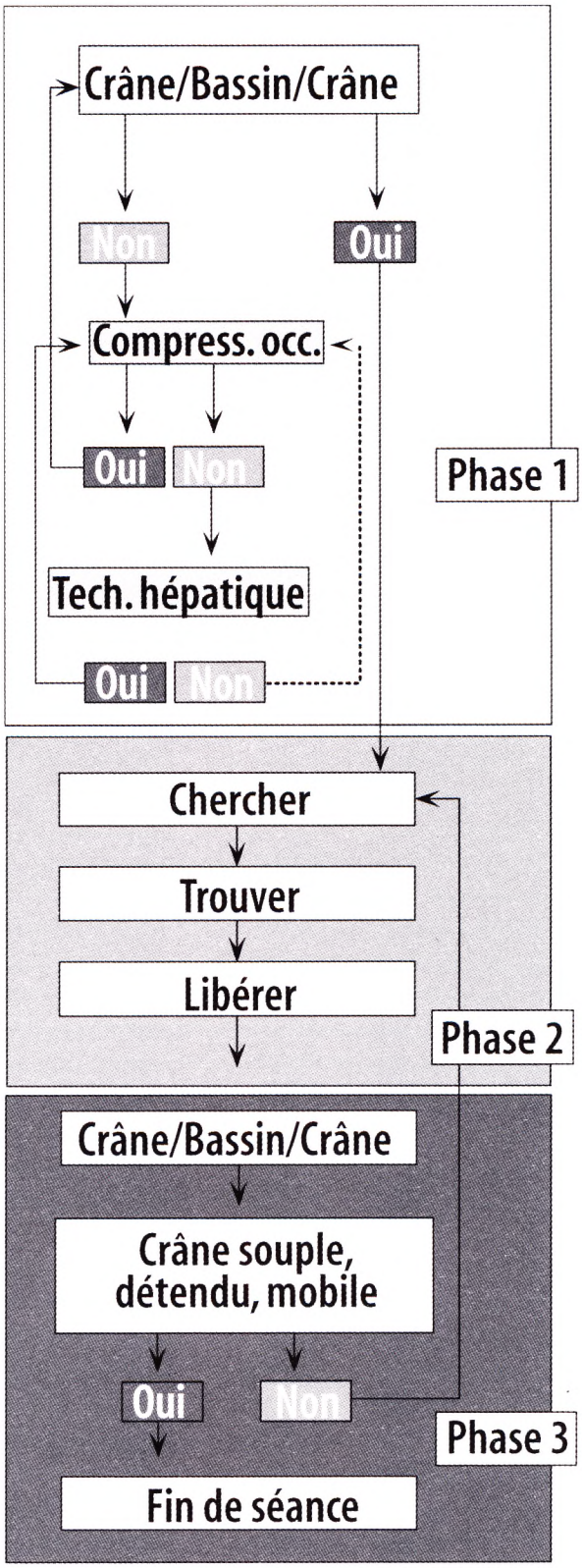


Figure 15. Traitement ostéopathique tissulaire : ordinogramme total.

QUESTIONS / RÉPONSES

Vous préconisez de rentrer dans la structure. Les ostéopathes de la lignée de Sutherland préconisent le plus souvent le contraire, arguant que, si on appuie, on s'impose à la structure et que la réponse obtenue est consécutive à la pression induite : la structure répond à la contrainte imposée au lieu de dire ce qu'elle est.

Le *rentrer* dont je parle n'est pas une agression tissulaire, mais une syntonisation avec la densité et la tension de la structure. C'est un feed-back, c'est-à-dire que le praticien, en même temps qu'il comprime la structure, analyse la réponse spontanée des tissus sous sa main (le bateau que l'on pousse). Lorsque la syntonisation est établie, la perception change et donne, rappelons-le, une sensation de plasticité. Le praticien ne s'impose pas à la structure, il va avec elle, là où elle veut aller. Il vit l'instant avec elle.

Quant aux descriptions d'autres praticiens, n'oublions pas que la perception est quelque chose d'original, de très personnel, dont la verbalisation est difficile et souvent trompeuse, notamment parce que le praticien n'est pas toujours conscient de l'état d'être dans lequel il s'est placé, ni de ce qu'il a fait avec son attention/intention. Il verbalise ce qu'il sent, sans dire comment il s'y est pris pour en arriver là.

Par ailleurs, j'ai eu l'occasion de sentir sur moi les mains de certains ostéopathes connus. Alors même qu'ils disaient qu'il ne faut pas appuyer, leurs mains étaient souvent bien *présentes*... Cependant, la qualité de leur contact faisait que les structures tissulaires n'étaient pas agressées, seulement accompagnées.

Lorsque le praticien arrive à cette subtile synchronisation avec les structures vivantes, même s'il faut appuyer pour cela, deux choses intéressantes se produisent : la première est que le patient perd la sensation de pression exercée par le praticien. Il ressent lui aussi que ses structures sont plastiques et déformables. Cela en trouble d'ailleurs plus d'un... La seconde est que pour le praticien également, la sensation d'effort disparaît au profit de celle d'aisance, de plasticité. N'ayant plus l'impression d'appuyer, il aura donc tendance à verbaliser qu'il ne faut surtout pas le faire... Il y a grand risque à confondre ce qui est décrit avec ce qui est vécu.

N'oubliez pas également qu'une réponse vient en retour de ce que vous envoyez. Cela est vrai au niveau subjectif (attention, intention), mais également objectif (densité et tension). La clé donc, c'est la synchronisation. C'est la manière dont vous procédez pour atteindre la densité qui peut donner l'impression d'agression. Si vous allez trop vite et trop fort (c'est souvent le cas), la structure se sent agressée et se refuse. De là naît un inconfort. C'est la main qui n'est pas juste, qui agresse. Et vous pouvez n'être pas juste sans appuyer... « *Vous ne pouvez pas aller trop profond, seulement trop vite.* » (Milne, 1995, 2.)

Enfin, puisque la vie est relationnelle, cela vaut pour la relation du praticien avec son patient, qui sera toujours originale. Il faut accepter la diversité et surtout éviter de s'enfermer dans des conduites stéréotypées voire dogmatiques parce qu'*untel*, fût-il de grande renommée, a dit que... La relation avec le patient se vit dans l'instant et il s'y passe ce qui doit s'y passer.

J'ai toujours beaucoup de mal à trouver la densité crânienne des patients. Sont-ils donc si denses que cela ?

Certes les densités des tissus des patients sont parfois fortes, surtout en début de séance, mais, si la phase 1 a été correctement réalisée, ils deviennent plus plastiques. L'expérience de l'enseignement m'a fait remarquer qu'un des écueils principaux par rapport aux paramètres objectifs, c'est leur mise en place. J'appelle cela le *trop vite, trop fort*. Comme le bateau dont le temps d'inertie n'est pas respecté, la réponse tissulaire perçue par le praticien est la rigidité. Celle là n'est pas consécutive à un problème de rétention, mais à une mauvaise mise en place des paramètres objectifs. Il faut apprendre à prendre le temps d'aborder les tissus. Plus la densité et la tension sont fortes, plus il faut de temps pour se synchroniser avec elles. Si vous avez cette perception systématiquement, essayez de retirer les mains et de reprendre, en accordant aux tissus le temps nécessaire pour vous accepter.

Et si la technique hépatique ne marche pas ?

Cela peut arriver en effet, lorsque la densité hépatique est elle-même trop forte. C'est en faisant des allers-retours entre compression occipitale et région hépatique que le système finit par se libérer. Gagnez ce qui peut l'être sur la région hépatique, retournez à la compression occipitale, gagnez ce qui peut l'être, revenez à la région hépatique... Il n'est pas besoin de nombreux allers-retours pour que le système s'ouvre.

Combien de temps dure la phase 1 ?

Impossible d'évaluer exactement le temps. Il dépend de la fermeture du système corporel du patient, mais également de la qualité de la présence et du savoir faire du praticien. Ce que je peux dire, c'est que la phase 1 peut prendre jusqu'à 80, voire 90 % du

temps d'une séance. Cela peut paraître énorme, mais il est très important de laisser le temps à cette phase de se dérouler le plus complètement possible. Elle correspond en effet à la libération de rétentions localisées dans différents endroits du corps et tout ce qui se libère ainsi n'aura pas besoin d'être traité spécifiquement. C'est donc en réalité un temps bien employé.

Par ailleurs, c'est pendant cette phase que se *déblaie le terrain*, de sorte que tout ce qui n'a pu se libérer au cours de la phase 1 deviendra plus évident. Il n'y aura pas besoin d'une longue recherche pour le trouver. Souvenez-vous de l'arbre dans la forêt ou la prairie. Donc après une phase 1 correctement réalisée, peu de zones spécifiques seront à traiter pour atteindre la fin de la séance. N'oubliez pas, enfin, que notre objectif n'est pas de traiter toutes les zones de rétention, mais seulement celles qui empêchent le système corporel du patient de se réharmoniser.

Mais alors, quel est le temps d'une séance ? Faire tout ça doit demander beaucoup de temps !

Avec les techniques tissulaires, on ne traite pas en dix minutes ou un quart d'heure. Il faut s'accorder le temps nécessaire (le manque de temps est un facteur de stress pour le praticien). La durée de la séance dépend de l'état du patient (l'importance du verrouillage de son système corporel) et de celui du praticien (la qualité de sa présence et de son savoir-faire). Pour moi aujourd'hui, une séance dure aux environs de quarante-cinq minutes. Je prends mes rendez-vous toutes les heures, ce qui me permet d'accorder suffisamment de temps au relationnel avec le patient. Cependant, ne croyez pas qu'en allongeant beaucoup le temps des séances elles seront plus efficaces. Cela risque de vous conduire à musarder inutilement et surtout à trop traiter, ce qui n'est pas bon pour le patient. La loi de Parkinson semble bien s'appliquer à notre propos : « *Plus on dispose de temps pour faire une chose et plus précisément, cette chose demande de temps*[2]. » (Parkinson, 1983.) Là encore, il faut trouver le temps juste…

Vous semblez ne pas vous occuper des symptômes des patients.

Les indications de techniques sont essentiellement palpatoires. Nous ne traitons pas une région en fonction de critères symptomatiques ou pathologiques, mais en fonction de l'information directement reçue des tissus, et cette information est de nature palpatoire. Rappelons que dans notre approche, la qualité de vie d'un tissu se manifeste dans son état de densité et de tension. C'est la palpation directe des tissus qui renseigne donc le praticien sur leur état.

Bien entendu, lorsque le patient évoque un symptôme ou une pathologie, rien ne vous empêche, vous appuyant sur votre connaissance anatomique, physiologique, pathologique, d'aller inspecter la ou les régions que vous supposez en relation avec le problème du patient. Mais ce sont en dernier ressort les tissus qui diront si la région a besoin d'un traitement, et mon expérience me montre que les tissus sont beaucoup plus fiables dans les indications qu'ils donnent que les spéculations et déductions du praticien.

Vous semblez ne pas vous intéresser aux *lésions* du mécanisme respiratoire primaire telles que décrites par Sutherland et ses successeurs.

En accord avec sa formation ostéopathique de base, Sutherland a abordé le système crânien comme un biomécanicien. Il a envisagé le crâne comme un système mécanique d'os articulés entre eux et en mouvement. Il a créé le modèle de mouvement que nous connaissons, centré sur la symphyse sphéno-basilaire. Mais il ne s'agit que d'un modèle, référentiel commode pour se repérer dans l'espace et échanger des perceptions. Ce modèle a été ensuite figé par Magoun et ses successeurs. Anne Wales, élève de Sutherland, qui a rassemblé les textes publiés dans *Teachings in the Science of Osteopathy*, fait une remarque importante à ce propos : « *Le Dr Sutherland a toujours souligné que ces modèles de lésion articulaire membraneuse étaient schématiques. Ils servent de structure pour réaliser des observations pouvant être enregistrées et suivies pendant un programme de traitement.* » (Wales ed., 1990, 125.) Ce point a été oublié, ce qui a conduit à considérer le modèle biomécanique comme un dogme, et à l'enseigner comme tel.

Or, la conception de Sutherland a évolué pour passer à une considération membraneuse, puis fluidique, et, à la fin de sa vie, très spirituelle. Dans son mémoire de fin d'études ostéopathiques, Isabelle Schmitt a étudié de près l'évolution de la perception de Sutherland au cours de sa vie (Schmitt, 2000). Son travail permet de suivre le chemin avec du recul et de remarquer qu'il est progressivement passé du dense à l'éthérique, suivant en cela ce que décrit Still avec le concept biogène : « *Quand la matière n'est plus divisible, elle devient un fluide de vie qui s'unit facilement à d'autres atomes, pour devenir*

2. Cette loi a été formulée pour la première fois par C. Northcote Parkinson dans la revue anglaise *The Economist* de novembre 1955. Par la suite C. N. Parkinson publia un livre dont le titre français est *1 = 2 ou les règles d'or de C. Northcote Parkinson* où il décrit son expérience au sein de l'amirauté britannique.

une masse de matière vivante pouvant se recristalliser en forme, attribuée par les causes parentes. » (Still, 1902, 255.)

Chacune de ces conceptions possède sa validité et sa cohérence, en accord avec le niveau d'observation ou d'abstraction qui lui correspond. « *Dans le plat pays de Camargue, il suffit de monter sur un tabouret pour changer le paysage et voir jusqu'à la mer* [...]. *Par le simple changement d'attitude de l'observateur, l'être observé change de forme.* » (Cyrulnik, 1997, 14.)

Il est vrai que lors de nos exercices sur l'attention et l'intention, nous avons utilisé le référentiel des axes de mouvement articulaires du mécanisme respiratoire primaire, par commodité pédagogique plus qu'autre chose : nous avions besoin d'utiliser un référentiel connu de tous. Avec l'approche tissulaire, nous nous intéressons à la globalité du système corporel, nous changeons donc de référentiel. Nous sommes passés de la considération d'un système mécanique articulé et bougeant sur des axes, à un système plastique, déformable organisé par des fulcrums. Le point de vue est différent.

Par ailleurs, l'altération dans le mouvement articulaire, crânien ou autre, résulte toujours d'une densité qui gauchit la structure. En cherchant ce qui peut créer une *lésion* dans la biomécanique du système crânien, nous trouvons une ou des rétentions qui altèrent la mécanique profonde. La causalité est donc dans la densité, dans la rétention, mais notre perception dépend des critères que nous privilégions : en cherchant des mouvements sur des axes, nous trouvons flexion/extension, torsion, etc. Avec l'approche tissulaire, nous ne les percevons pas parce que nous nous focalisons sur la plasticité. « *Si l'on change l'observateur, si l'on change son cerveau, sa caméra, son histoire, son inconscient ou simplement son attitude intellectuelle, on va changer son observation et extorquer au réel d'autres faits surprenants. Konrad Lorenz, en partageant sa chambre à coucher avec une oie cendrée, Albert Einstein, en inventant une mathématique nouvelle à partir de la position de l'observateur, Monsieur Tout-le-Monde en Camargue en montant sur une chaise, ne perçoivent pas, ne comprennent pas la même chose. Dès l'instant où l'on admet cette idée, on pourra voir et écouter nos observations d'un autre œil et d'une autre oreille. L'œil nous permettra l'observation directe et l'oreille nous offrira l'histoire.* » (Cyrulnik, 1997, 17.)

Qu'est-ce qui vous permet de savoir que l'information de densité ou de traction que vous sentez est la plus importante à traiter ici et maintenant ?

Je n'en suis pas certain. Je considère seulement que je perçois en premier la densité la plus forte dans la structure au moment de la perception. Si je la perçois comme la plus forte, je la considère comme la plus perturbatrice dans l'harmonie du système corporel. Je la traite donc en premier.

L'erreur n'est-elle pas possible ?

L'erreur est toujours possible. N'oubliez pas que se tromper, c'est un moyen essentiel pour apprendre, à condition de le vivre dans la conscience et l'intelligence. Trop redouter l'erreur peut être un frein, une inhibition à votre progression. Ce qui, en revanche, est important, c'est que l'erreur ne porte pas préjudice au patient. Soyons donc pragmatiques : puisque l'erreur est inévitable et potentiellement pédagogique, il convient d'adopter une attitude et des pratiques qui en minimisent les conséquences. C'est le cas de l'approche tissulaire. Que pourrait-il se passer si, croyant trouver une densité dans une zone corporelle, vous commencez à la traiter alors qu'il n'y a rien ? Il ne se passera rien. Puisqu'il n'y a pas de densité, il n'y aura pas de relâchement. Vous sentirez qu'il ne se passe quasiment rien. Il faut reprendre le système et l'interroger à nouveau pour trouver où est localisée la rétention.

Ces techniques sont fondées sur le respect de la structure vivante, sur la syntonisation avec son état physique. Il n'y a aucune violence. Elles ne peuvent donc être dangereuses pour le patient.

Lorsque deux informations semblent d'égale importance, laquelle choisir ?

Avec l'habitude, perceptions et informations deviennent beaucoup plus précises et ce phénomène devient rare. S'il y a doute, il faut choisir. La densité qui n'a pas été traitée se représentera après la réharmonisation du système par le crâne/bassin/crâne.

Notez que lorsque coexistent dans votre perception la sensation d'une densité et celle d'une traction, la densité doit toujours être traitée en premier.

Sur le crâne, j'ai parfois la sensation que la main est attirée vers une direction, mais les tissus reviennent et repartent de sorte que je n'arrive pas à localiser ce qui attire.

Il y a confusion entre mobilité physiologique et attirance d'une zone de rétention. Prenons un exemple : sur le crâne du patient existe une rétention dans la région temporale gauche. Cette rétention a tendance à devenir nouveau centre du mouvement, nouveau fulcrum pour l'ensemble du système. Dans le pôle opposé crânien (la région de l'orbite opposée), il y aura perception d'une hypermobilité qui peut être confondue avec une attirance tissulaire. En revanche, comme il ne s'agit pas d'une attirance, la main ne parvient pas à trouver un point qui

appelle. C'est la densité opposée qu'il convient de traiter et elle apparaît comme une immobilité relative. Le mouvement ou l'hypermouvement ne sont pas des anomalies à traiter. L'anomalie se trouve au niveau de l'inertie qui manifeste la rétention.

L'intention de séance ne pousse-t-elle pas au traitement symptomatique ?

Lorsque je formule l'intention de séance, j'indique aux consciences présentes sur quoi je centre la séance, c'est-à-dire les rétentions qui génèrent le symptôme du patient. Cependant, je ne m'occupe pas pour autant du symptôme, mais des rétentions qui en sont la source.

Comment traitez-vous l'aigu ?

L'approche est tout à fait la même, si ce n'est que, dans les cas aigus, le système est en général particulièrement fermé, de sorte que la phase 1 prend souvent plus de temps que d'habitude. Pour le reste, il n'y a aucune différence. Je voudrais rappeler que la zone hyperaiguë n'est pas en rétention. La rétention se trouve ailleurs, parfois à proximité, parfois plus loin, mais pas sur la douleur aiguë qui est hypercommunication.

Ce que nous allons faire maintenant

Nous allons présenter en détails les techniques considérées comme essentielles dans l'approche tissulaire, en donnant leurs indications, la manière de les mettre en œuvre et en répondant aux principales questions qui se posent à leur propos.

> *« Dans notre esprit, existe une tendance consciente et inconsciente à séparer l'ostéopathie crânienne de l'ostéopathie corporelle. Nous devons éliminer consciemment et inconsciemment de notre esprit cette notion de séparation. Dans la science de l'ostéopathie, nous devons absolument supprimer de notre pensée cette dichotomie* et connaître le corps dans son ensemble. C'est une unité de fonctionnement, du sommet de la tête à la plante des pieds. Lorsque vous devez traiter un problème clinique, considérez-le toujours comme un problème concernant toute la science de l'ostéopathie. »*
>
> (Brooks ed., 1997, 246.)

11 TECHNIQUES ESSENTIELLES

« La présence est beaucoup plus importante que la technique.
Les débutants veulent apprendre toujours plus de techniques.
Lorsque vous deviendrez un maître, une seule technique suffira. »
Hugh Milne, *The Heart of Listening. A visionary Approach to Craniosacral Work*, p. 2.

Le propos du présent chapitre est de présenter quelques techniques pour moi aujourd'hui essentielles dans l'approche tissulaire. Le temps passant, le nombre de techniques régulièrement utilisées s'est réduit. Cela tient peut-être au fait que, privilégiant le regard global sur le système corporel, les techniques générales ont peu à peu pris le pas sur les spécifiques, et que l'efficacité de l'approche globale augmentant, le besoin de spécificité a diminué d'autant. Certes, j'utilise encore aujourd'hui des techniques spécifiques, mais parcimonieusement.

Rappelons que c'est la qualité de la réalisation de la phase 1 qui permet de moins recourir aux techniques spécifiques. Parallèlement, quelques techniques plus globales sont devenues majeures et utilisées de manière systématique. Ce sont elles qui vont être présentées maintenant.

REMARQUES GÉNÉRALES SUR LES TECHNIQUES

Le dictionnaire nous dit qu'une technique désigne l'ensemble des procédés et des méthodes d'un art, d'un métier ou d'une industrie. Pour l'ostéopathe, il s'agit d'un processus d'intervention mis en œuvre à la recherche d'un résultat précis au sein du système corporel du patient. Mais, alors que dans l'approche ostéopathique classique l'objectif de la technique peut varier, visant une action nerveuse (facilitatrice ou inhibitrice), circulatoire (veineuse, lymphatique ou artérielle) ou mécanique, dans l'approche tissulaire, l'action mise en œuvre a toujours pour objectif de libérer une rétention d'énergie détectée dans le système corporel du patient.

Réalisation d'une technique

Nous retrouvons dans la réalisation d'une technique les trois états fondamentaux reliés à la vie et à la conscience : être, faire, avoir. À l'*être* correspondent les paramètres subjectifs de la présence, l'attention et l'intention ; au *faire*, correspond la synchronisation avec les paramètres objectifs que sont densité, tension et vitesse ; et à l'avoir enfin, correspond le résultat du processus mis en œuvre, à savoir, la libération de la charge énergétique dans le mouvement, la remise en communication de la zone corporelle à laquelle correspond le relâchement perceptible dans les tissus, localement et, par conséquent, dans l'ensemble du système.

La mise en place et la réalisation d'une technique doit donc toujours comporter deux parties distinctes, mais étroitement liées l'une à l'autre :

- La mise en place des paramètres, de communication (présence, attention, intention) ;
- La mise en place des paramètres de palpation (densité, tension, vitesse).

La qualité dans la mise en place de ces six éléments détermine celle de la technique. Ils sont indissociables et complémentaires : la qualité des paramètres subjectifs rend beaucoup plus efficiente l'action des paramètres objectifs, et inversement.

Lors de la description de chaque technique, nous insisterons donc particulièrement sur cette mise en place.

Changements dans les tissus

En réalisant une technique, notre objectif est de remettre en communication la zone corporelle traitée, ce qui se manifeste par la modification de la densité et de la tension, consécutive à la libération des flux bloqués. Ce que nous percevons de manière la plus objective, c'est l'altération ou la modification de la densité, la tension et le mouvement de la structure, le risque est donc grand de nous focaliser sur ces changements. Mais n'oublions pas que c'est l'altération de la communication des structures tissulaires qui entraîne l'altération de leurs paramètres objectifs. Il est donc particulièrement important de garder très présent à l'esprit que nous travaillons sur la communication tissulaire et que les changements dans les paramètres objectifs sont une conséquence des modifications dans la communication.

En travaillant au niveau de la communication, nous occupons un point de vue supérieur dans l'enchaînement cause/effet et sommes donc plus efficaces, avec moins d'efforts. Utilisons la métaphore de la voiture : c'est en poussant sur l'accélérateur que la vitesse de la voiture augmente. De l'extérieur, on voit la vitesse augmenter, pas le conducteur accélérer.

ORIGINE DES TECHNIQUES TISSULAIRES

Générales ou spécifiques, les techniques présentées ne sont pas originales. Elles ont été reçues de nos maîtres américains et français. Je ne les revendique par conséquent aucunement comme miennes, tout au plus leur adaptation aux modèles utilisés dans l'approche tissulaire. Par ailleurs, c'est leur utilisation régulière et efficace en pratique journalière qui me fait les présenter ici. Il serait donc faux et présomptueux de prétendre qu'elles sont les seules valides dans l'approche tissulaire.

Adapter

De cela découle un corollaire important : toute technique connue et décrite par ailleurs peut être adaptée à l'approche tissulaire, de sorte qu'existent potentiellement une multitude de possibilités. Par ailleurs, qui n'a pas un jour inventé une technique lorsqu'il ne connaissait pas un moyen d'aborder une région ou que la situation (état du patient, impossibilité de prendre la position, etc.) ne permettait pas d'utiliser une approche connue ?

La technique : faire et être

Une technique se décrit et se voit comme un ensemble de gestes et d'applications de forces par l'intermédiaire de leviers. En ayant présent à l'esprit que nous nous adressons à un système conscient, nous habitons nos techniques. Autrement, nous ne faisons que reproduire en singeant, et les résultats s'en ressentent. Le plus important n'est donc pas la technique, mais la relation que nous mettons en place avec la structure vivante. Rappelons à ce propos la phrase de Still : « *Je désire exprimer clairement qu'il existe de nombreux moyens pour ajuster les os. Et lorsqu'un praticien n'utilise pas la même méthode qu'un autre, cela ne démontre aucunement de l'ignorance criminelle de la part de l'un ou de l'autre, mais simplement deux moyens différents pour obtenir des résultats. Un habile mécanicien possède plusieurs méthodes par lesquelles il peut parvenir au résultat désiré. Un point fixe, un levier, une torsion ou la force d'une vis, peuvent être utilisés par tous les mécaniciens et le sont effectivement. Le choix des méthodes doit être décidé par chacun, et dépend de sa propre habileté et de son jugement. Un praticien est droitier, un autre gaucher. Ils choisiront différentes méthodes pour accomplir la même chose. Chaque praticien devrait utiliser son jugement personnel et choisir sa propre méthode pour ajuster tous les os du corps. Le problème n'est pas d'imiter ce que font avec succès quelques praticiens, mais de ramener un os de l'anormal au normal.* » (Still, 2001, 44.)

L'APPROCHE CRÂNIENNE GLOBALE

Mise en place

Patient allongé sur le dos, praticien à sa tête. Il contacte le crâne du patient par la prise classique à huit doigts, index et médius en avant du conduit auditif, annulaires et auriculaires en arrière. Les pouces ne sont pas au contact. Comme nous ne cherchons pas le mouvement mécanique des structures

osseuses entre elles mais la densité globale de la boule crânienne, il n'est pas indispensable de placer les doigts de manière plus précise. En revanche, par rapport à la prise classique, des modifications dans la mise en place globale de la main s'imposent. Dans l'approche crânienne classique, les mains épousent la forme du crâne. Pour l'approche tissulaire, cette prise ne convient pas, parce qu'elle ne confère aucune *puissance**. En effet, pour pouvoir se syntoniser avec la densité crânienne, de la puissance peut être nécessaire. Or, lorsque les doigts sont semi-fléchis, chaque articulation constitue une zone de rupture dans la transmission de la pression. Nous préconisons donc une prise avec les doigts tendus. Seules les parties moyennes et distales des doigts sont au contact, les talons des mains sont écartés, les poignets en légère extension et les coudes reposent fermement sur la table.

Prise classique, doigts partiellement fléchis.

Prise selon l'approche tissulaire, doigts étendus.

Points d'appui

Puisque nous nous proposons d'aider la structure à libérer sa charge énergétique dans le mouvement, il est indispensable de lui fournir un ou des points d'appui ou fulcrums mécaniques à partir desquels elle pourra se mettre en mouvement. Allons plus loin en formulant que la qualité du mouvement de libération est en relation avec la qualité du ou des points d'appuis fournis par le praticien.

Une des qualités essentielles d'un point d'appui est sa *stabilité**, qui détermine la puissance potentielle. En effet, la puissance peut se définir comme la capacité à établir et conserver une position stable dans l'espace. Cette définition vaut pour tout fulcrum, qu'il soit matériel (mécanique) ou immatériel (centre de conscience). Les points d'appuis donnés par le praticien sont donc de deux ordres : matériel, mécanique ou objectif d'une part, grâce à ses prises et appuis corporels personnels ; immatériel ou subjectif d'autre part, grâce à la présence. La stabilité de la conscience du praticien (présence) est donc aussi importante que la stabilité de ses points d'appui mécaniques.

Stabilité et fixité

De ce qui vient d'être dit, découle l'idée qu'un point fixe est un fulcrum. Nous l'avons déjà exprimé antérieurement en disant qu'une zone de rétention tend à établir un nouveau fulcrum pour le système corporel. Ainsi, une *fixité**, qu'elle se manifeste dans le corps physique ou la conscience, fournit un point d'appui qui, bien que non physiologique, peut être très stable. Mais il en résulte toujours de la rigidité. Dans le premier cas, on parlera de somato-rigidité, dans le second, de psycho-rigidité. Les deux vont de pair. La différence entre fixité et stabilité, c'est la possibilité de changer : la fixité correspond à une position figée dans l'espace, la stabilité à une position qui peut se modifier.

Points d'appui pour la technique crânienne globale

Deux points d'appui secondaires sont fournis par le contact des coudes du praticien sur la table. Il est donc essentiel que le patient soit placé de manière qu'il reste un espace suffisant entre sa tête et le bord de la table, permettant au praticien d'y appuyer ses coudes.

Le point d'appui principal est fourni par l'assise du bassin du praticien sur son siège. La qualité de son assise est donc importante.

Avoir un bon point d'appui est une chose, l'utiliser correctement en est une autre : dans la technique

décrite, la force transmise par le praticien pour comprimer les structures crâniennes à la rencontre de leur densité doit venir du bassin et non des mains ou des épaules. Cela permet de ne contracter mains et avant-bras qu'*a minima* et de conserver la possibilité perceptive. L'essentiel de la puissance est délivré par le corps du praticien, à partir de son siège. Cela est également très important pour réduire la fatigue physique qui pourrait découler de mauvaises prises en charge des points d'appui et des leviers.

Position du praticien et points d'appui dans la prise globale du crâne.

Paramètres subjectifs

Le praticien prend le temps d'assurer son enracinement (ressentir la pesanteur dans le bassin) et sa présence (avec le lâcher prise), il focalise ensuite l'attention sur l'ensemble de la boule crânienne, y compris son contenu (système nerveux central). Rollin Becker dit qu'il « *projette son sens du toucher* » (Brooks ed., 1997, 320). L'intention peut se diviser en plusieurs cycles : l'intention globale est de se synchroniser avec les paramètres objectifs des structures crâniennes, de trouver des zones de rétention et de les libérer. Des cycles d'intention plus précis permettent de réaliser progressivement la technique en focalisant sur la synchronisation avec la densité, puis avec la tension, puis avec le mouvement et enfin en adaptant ces paramètres aux changements intervenant dans la boule crânienne (synchronisation).

Paramètres objectifs

La mise en place de la densité se fait *très* progressivement en comprimant *très* lentement les deux mains vers le centre du crâne, comme si le praticien poussait *son corps dans la main*, tout en analysant la réponse spontanée des structures sous la poussée et en les suivant là où elles désirent aller.

La tension est mise en place en même temps, grâce à une légère contraction isométrique des muscles intrinsèques des mains et en étendant les doigts (non pas en les fléchissant).

Le mouvement est suivi vers la plus grande densité possible, tout en accompagnant les structures tissulaires. La perception d'une plasticité indique la justesse de ces paramètres.

Réalisation de la technique

Le crâne se met globalement en mouvement, indiquant qu'il libère de l'énergie. Rappelons qu'il ne s'agit en aucun cas de mouvements physiologiques tels que ceux décrits dans l'approche crânienne classique. Le praticien ne cherche pas à analyser les mouvements, en tout cas pas en utilisant un référentiel reposant sur la mobilité articulaire de la symphyse sphéno-basilaire. Il s'adresse à la globalité de la boule crânienne, cherchant seulement à libérer de l'énergie dans le mouvement.

En même temps que de l'énergie se libère, les paramètres objectifs se modifient et le praticien doit, lui aussi, modifier ses paramètres pour rester synchronisé à ceux du crâne.

Phénomène final

Le crâne donne des mouvements le plus souvent non interprétables. Le praticien les suit, il perçoit en

même temps la modification dans la densité et la tension des structures. Puis les tissus reviennent à une position neutre et équilibrée et s'arrêtent dans un still-point qui peut durer. Le praticien demeure avec eux, en attente et présent, attention focalisée, jusqu'à la perception d'une lente expansion globale du crâne, indiquant une remise en communication tissulaire.

Remarques importantes

La libération se fait dans le mouvement : ce qui signifie qu'à partir du moment où le mouvement de libération a démarré, c'est lui qui devient le plus important, parce qu'il témoigne de la libération d'énergie. Il convient alors de se focaliser davantage sur le mouvement que sur les autres paramètres objectifs.

La libération se fait souvent par cycles successifs : il est rare que la libération se produise d'un seul coup. La plupart du temps, des cycles s'enchaînent les uns après les autres, marqués par des still-points intermédiaires, avant d'arriver au still-point final, suivi d'une expansion vraiment nette de la boule crânienne. Ainsi, plusieurs still-points peuvent se succéder tant dans la phase compressive que dans la phase expansive. Dans la phase compressive, les tissus peuvent marquer des temps d'arrêt suivis d'une reprise allant toujours dans le sens de la compression. Il faut suivre. L'expansion qui suit un still-point peut elle aussi s'effectuer par paliers successifs, chacun de ces paliers étant marqué par un still-point suivi d'une nouvelle expansion…

Arrêts en contrainte : certains arrêts des tissus peuvent faire croire à un still-point mais ne correspondent pas à une phase de résolution. Ils ne se produisent pas après un retour au neutre, mais dans des positions de contrainte. Pour que la structure reparte dans son processus de libération, il peut être nécessaire de la solliciter en la poussant un peu plus dans sa densité. Lorsque les tissus sont vraiment bloqués en contrainte, les aides déjà évoquées peuvent être utilisées : apnée expiratoire, incitation au refus, dialogue tissulaire.

QUESTIONS / RÉPONSES

J'ai la sensation que l'on pourrait recommencer indéfiniment des cycles de libération. À chaque fois, il y a du mouvement indiquant de la libération. C'est donc sans fin. Quand dois-je arrêter ?

Le sac est grand, en effet, de sorte qu'à la fin de chaque cycle, il est possible d'en recommencer un nouveau. Il suffit de remettre en place de nouveaux paramètres. Mais le corps ne livre pas ses rétentions n'importe comment. En enchaînant les cycles, vous vous apercevrez rapidement que les réponses s'amortissent, c'est-à-dire que les changements dans les tissus se réduisent graduellement. C'est la technique du crâne/bassin/crâne, décrite plus loin, qui permet de régler en grande partie ce problème.

Vous semblez attacher beaucoup d'importance aux still-points alors que Rollin Becker dit lui-même ne pas s'y intéresser.

En effet, Rollin Becker écrit : « *Ne vous laissez pas déconcerter par cela, j'ai abandonné l'utilisation du still-point ; ce n'est pas le but que je recherche dans un traitement. J'ai même cessé de le chercher. J'ai trouvé des millions de still-points – avant, pendant et après – et j'ai finalement laissé tomber. Je me retire le plus possible du chemin pour que ce qui doit arriver arrive.* » (Brooks ed., 1997, 69.) N'oubliez pas que dans l'approche tissulaire, nous reconnaissons deux types de still-point. Le still-point physiologique relié à l'alternance (ou phénomène de marée, si vous préférez) qui manifeste l'existence de toute conscience, et le still-point de résolution. Des milliers de still-points physiologiques se manifestent donc à tout moment au sein d'un système vivant. De temps en temps, nous en repérons un. Mais ils ne nous intéressent pas, puisqu'ils disent la physiologie. Le still-point de résolution, en revanche, m'intéresse particulièrement, parce qu'il indique la remise en communication d'une zone de rétention. Cela étant, s'il m'intéresse, c'est parce qu'il rend perceptible (objectif) un phénomène qui ne l'est pas (subjectif), c'est-à-dire la remise en communication d'une zone tissulaire. Je ne cherche donc pas à initier un still-point, je me contente de le percevoir et de noter qu'il indique un processus. Je m'intéresse à la conscience dans la structure et à sa communication. Quant à la fin de sa phrase : « *Je me retire le plus possible du chemin pour que ce*

qui doit arriver arrive », elle évoque irrésistiblement pour moi le lâcher prise associé à la présence.

Que deviennent tous les éléments de mobilité physiologique de la symphyse sphéno-basilaire que nous avons eu tant de mal à intégrer ?
Ils existent toujours puisqu'ils sont consécutifs à l'expansion/rétraction du système corporel, organisée par la dure-mère, mais nous n'y prêtons pas attention. Ce qui nous intéresse, ce sont les éléments qui empêchent la physiologie du système de se manifester normalement en exprimant la santé ; et ces éléments, ce sont les rétentions. Nous avons changé de niveau d'observation dans le cône et nous ne nous focalisons plus sur les mouvements d'une mécanique articulaire, mais sur les mouvements manifestant la conscience tissulaire. Nous sommes passés d'une considération biomécanique à une considération biodynamique. Ce qui a changé, ce n'est pas le système que nous considérons, mais la manière dont nous le considérons.

L'APPROCHE GLOBALE DU BASSIN

Mise en place

Extérieurement, l'approche globale du bassin ressemble à celle du sacrum, classiquement décrite en ostéopathie crânienne. Le patient est allongé sur le dos. Le praticien est debout sur un côté et glisse la main caudale sous le sacrum en passant entre les jambes du patient. L'autre main contrôle les iliaques par un appui – au départ très léger – des doigts et du coude sur les épines iliaques antéro-supérieures.
Dans la prise classique, la main sacrée est placée de manière telle que l'annulaire et l'auriculaire soient dans les sillons (sulcus), la pointe du sacrum venant reposer dans le creux de la main. Mais si cette prise permet une bonne perception du mouvement de flexion/extension du sacrum sur son axe transverse, ainsi que de ses altérations, elle est peu puissante, faute de bons points d'appuis. Or, dans l'approche tissulaire, pour aller à la rencontre des paramètres objectifs des structures contactées, nous avons besoin de puissance, alors que la perception des mouvements physiologiques ne nous intéresse pas particulièrement. Il convient donc de modifier la prise.

Placement de la main sous le sacrum.

Les points d'appui du membre supérieur.

Points particuliers, mise en place des leviers

Dans l'approche tissulaire, le sacrum vient au contact du talon de la main et les doigts ne sont pas au contact des sillons (sulcus). Très légèrement repliés, ils reposent sur la table, procurant ainsi un point d'appui secondaire conférant à la prise beaucoup plus de puissance potentielle.
Deux points d'appui secondaires sont fournis par le coude du praticien reposant sur la table et par l'appui des inter-phalangiennes proximales de la main, dont les doigts sont très légèrement repliés.
Le point d'appui principal (aussi bien pour les iliaques que pour le sacrum) est reporté aux pieds du praticien. Sa position par rapport au patient, donc la hauteur de la table sont importantes parce que c'est grâce

au poids du corps qu'il pourra répondre à la demande de puissance, tout en fournissant le moins d'efforts possible. Par ailleurs, en reportant le point d'appui principal au niveau de ses pieds, le praticien allonge le bras du levier qu'il offre aux tissus de son patient pour les aider à décharger leur énergie dans le mouvement. Cela augmente d'autant l'amplitude du mouvement qui devient du même coup plus perceptible.

Prise globale du bassin.

Prises alternatives

La pratique montre qu'une fois maîtrisée, cette prise globale du bassin réalise un bon compromis puissance/perception, ce qui la rend efficace, tout en réduisant les efforts nécessaires au minimum indispensable. Si la prise décrite ci-dessus ne peut être utilisée, d'autres sont possibles.

La première alternative consiste à contacter le sacrum en ne passant pas entre les jambes du patient, mais en laissant avant-bras et coude à l'extérieur des cuisses.

La seconde alternative consiste à placer la main qui contrôle le sacrum transversalement à celui-ci, talon de main au contact de la crête sacrée. Mais il devient alors plus difficile de contrôler les iliaques, et le bassin du patient est nettement surélevé par rapport à la table, ce qui peut se révéler inconfortable, voire douloureux.

Dans ces deux alternatives, le contrôle des iliaques ne change pas par rapport à ce qui est décrit dans la technique classique.

Première prise alternative du bassin global.

Seconde prise alternative du bassin global.

Paramètres subjectifs

Le praticien prend le temps d'assurer sa présence, il focalise ensuite l'attention sur l'ensemble du bassin. Comme nous l'avons fait pour le crâne, et bien que le terme soit moins juste, l'attention englobe l'ensemble de la *boule* pelvienne. L'intention peut se diviser en plusieurs cycles : l'intention globale est de se synchroniser avec les paramètres objectifs des structures pelviennes, de trouver des zones de rétention et de les libérer. Des cycles d'intention plus précis permettent de réaliser progressivement la technique en focalisant sur la synchronisation avec la densité, puis avec la tension, puis avec le mouvement et enfin en adaptant ces paramètres aux changements intervenant dans l'ensemble du bassin.

Paramètres objectifs

La mise en place de la densité se fait *très* progressivement. Le praticien comprime *très* lentement les iliaques l'un vers l'autre et les pousse ensemble vers le sacrum. Si la légère compression médiale des iliaques se fait entre coude et doigts qui contrôlent l'iliaque, la poussée vers le sacrum est appliquée par l'ensemble du corps du praticien, point d'appui au sol.

La main sacrée se contente tout d'abord de recevoir la poussée donnée par la main iliaque et lorsque la densité atteinte devient plus forte, les tissus au niveau du sacrum se mettent spontanément en mouvement, qu'il convient de suivre, tout en conservant à l'esprit que le travail se fait sur l'ensemble du bassin.

Première remarque : l'appui de départ au niveau des iliaques doit être extrêmement léger. Avant-bras et doigts sont juste posés. Ceci est important, parce que l'information de mouvement tissulaire est donnée par les structures dès qu'on commence à les comprimer. Si l'appui de départ est trop fort, l'information n'est plus accessible.

Seconde remarque : l'objectif n'est pas de resserrer les iliaques en avant pour provoquer quelque ouverture au niveau des sacro-iliaques en arrière. L'objectif est de rentrer progressivement dans la densité de la structure et de suivre les tissus dans le chemin qu'ils proposent pour y accéder.

Réalisation de la technique

Le bassin se comporte comme une structure plastique et se met globalement en mouvement, indiquant qu'il libère de l'énergie. Il ne s'agit pas, là non plus, de mouvements physiologiques. Le praticien ne cherche pas à analyser les mouvements en utilisant un référentiel déjà connu. Il s'adresse à la globalité de la *boule pelvienne*, cherchant seulement à libérer de l'énergie dans le mouvement.

En même temps que de l'énergie se libère, les paramètres objectifs se modifient et le praticien doit, lui aussi, modifier ses paramètres pour rester synchronisé à ceux du bassin.

Phénomène final

Les mouvements des structures pelviennes sont dans cette technique le plus souvent ininterprétables. Le praticien se contente de suivre et perçoit en même temps la modification dans la densité et la tension des structures. Puis les tissus reviennent à une position neutre et équilibrée et s'arrêtent dans un still-point qui peut durer. Le praticien demeure avec eux, en attente et présent, attention focalisée sur la boule pelvienne, jusqu'à la perception d'une lente expansion globale, surtout perceptible au niveau des iliaques, indiquant une remise en communication tissulaire.

Remarques importantes

La libération se fait dans le mouvement : ce qui signifie qu'à partir du moment où le mouvement de libération a démarré, c'est lui qui devient le plus important, parce qu'il témoigne de la libération d'énergie. Il convient alors de se focaliser davantage sur le mouvement que sur les autres paramètres objectifs.

La libération se fait souvent par cycles successifs : il est rare que la libération se produise d'un seul coup. Les remarques faites à ce sujet pour l'approche crânienne valent évidemment pour l'approche pelvienne.

Arrêts en contrainte : certains arrêts des tissus peuvent faire croire à un still-point mais ne correspondent pas à une phase de résolution. Ils ne se produisent pas après un retour au neutre, mais dans des positions de contrainte. Au niveau du bassin, les arrêts en contrainte correspondent très souvent à des densités sacro-iliaques. Pour que la structure reparte dans son processus de libération, il peut être nécessaire de la solliciter en la poussant un peu plus dans sa densité. Lorsque les tissus sont vraiment bloqués en contrainte, les aides déjà évoquées peuvent être utilisées : apnée expiratoire, incitation au refus, dialogue tissulaire. Lorsque la densité est sacro-iliaque, il sera souvent nécessaire de recourir à une libération spécifique, décrite avec les techniques du bassin.

La densité naturelle des structures osseuses n'est pas la même pour tous les os du corps. Pour s'en rendre compte, il suffit d'examiner un os crânien comme le frontal ou le pariétal et de comparer sa densité à celle d'une vertèbre et du sacrum. La structure de la vertèbre ou du sacrum est nettement plus poreuse que celle des os crâniens, même ceux de la voûte. Nous devons tenir compte de ces éléments dans la synchronisation avec la densité pour éviter d'appliquer aux structures périphériques une densité trop forte par rapport à leur nature, ce qui ne permet pas d'en recevoir une information pertinente. C'est en partant d'un appui très léger et en comprimant progressivement la structure, tout en suivant l'information de mouvement qu'elle nous propose que nous éviterons d'être trop *lourds*.

QUESTIONS / RÉPONSES

J'ai du mal à sentir quelque chose au niveau du bassin. Le poids du corps du patient parasite la perception.

Cette question appelle plusieurs éléments de réponse. Tout d'abord, pour obtenir une information de mouvement, il vous faut commencer par la compression des iliaques. Mais je rappelle qu'il convient de partir d'un appui très léger et de suivre l'information de mouvement qui se présente dès le commencement de la compression et suivre ce mouvement, en augmentant graduellement la compression pour aller à la rencontre de la densité maximale.

Parlons du poids maintenant. Au lieu de le supporter passivement, je vous conseille *d'aller à sa rencontre* en serrant progressivement les doigts de la main sacrée, jusqu'à obtenir la perception de plasticité. Ce concept *d'aller à la rencontre de*, nous allons le retrouver tout au long du travail tissulaire. Il se relie à la synchronisation. On le retrouve également exprimé dans les arts martiaux : plutôt que de subir la force de l'adversaire, il faut s'y adapter, composer avec elle et l'utiliser à son profit. Cela suppose d'y mettre de la conscience. On le retrouve également dans une remarque déjà plusieurs fois formulée : lorsque je suis en équilibre avec les paramètres objectifs, je n'ai plus une perception de dureté, mais de plasticité. C'est une perception, et je ne sais pas expliquer le pourquoi du phénomène. Je le ressens et son indication est juste. Aller à la rencontre du poids du bassin, c'est donc, non plus le subir dans la main, mais composer avec lui, se synchroniser à lui. Alors, la perception devient plus plastique et, alors même que l'on est contracté, des informations tissulaires sont perceptibles. Mais cela ne fonctionne que si la contraction est ajustée à l'environnement et je rappelle encore une fois le temps nécessaire pour la mettre en place. Si vous le faites trop vite, les tissus renvoient de la rigidité.

Par ailleurs, le concept que nous avons de la densité osseuse est important. Nous sommes tellement conditionnés par l'idée que l'os, c'est dense et dur, que nous projetons ce concept dans l'expérience de communication que nous avons avec la structure osseuse. Et l'os nous renvoie de la dureté… C'est en ayant perçu la plasticité résultant de la synchronisation avec les paramètres objectifs que nous pouvons expérimenter autrement la communication avec l'os. Et, comme par miracle, notre perception change… Mais cela peut demander du temps. On ne modifie pas comme cela des années de conditionnement ! « *Nous baignons en effet depuis longtemps dans un consensus qui fait qu'à telle information des sens correspond telle signification. Nous nous entendons par exemple sur le fait que telle couleur est rouge, que tel objet est solide, que telle chose est une rose. Ce livre de significations s'est construit au fil des générations d'êtres vivants. Jour après jour, le langage, l'éducation, la culture, la vie enrichissent et complexifient l'ouvrage. À tel point que l'image que nous nous faisons du monde acquiert son autonomie par rapport à la représentation primitive. Elle devient tellement construite, tellement solide que le monde est désormais en nous, et qu'il n'est plus possible de voir autre chose.* » (Zartarian, 1994, 40.)

Le positionnement du corps du praticien, la conscience qu'il a de son point d'appui au sol en tant que centre de mouvement sont également très importants. La longueur du bras de levier ainsi constitué permet d'augmenter l'amplitude du mouvement tissulaire de libération donc de faciliter la perception.

Pour terminer, pensez bien que comme pour l'apprentissage de la conduite automobile, tout cela ne s'acquiert pas instantanément. Prenez le temps d'expérimenter et de recommencer. C'est en mettant toute l'attention et la conscience possibles dans vos actions, et en analysant les différents paramètres que vous parviendrez à les ajuster et finalement à les intégrer.

LE CRÂNE/BASSIN/CRÂNE

Ce que nous appelons crâne/bassin/crâne est la réalisation alternative et successive de la technique globale du crâne, puis du bassin, puis à nouveau du crâne.

Histoire et raison d'être

En reprenant le crâne global après une technique spécifique, crânienne ou autre, je me suis rendu compte que le système exprimait beaucoup de mouvements. Ces mouvements ne correspondant pas à la physiologie, je les ai interprétés comme manifestant de la libération d'énergie. Lorsqu'ensuite, je reprenais le crâne, je le trouvais plus souple, plus plastique, livrant des informations palpatoires plus précises, me permettant de trouver plus facilement des zones de rétention. À partir de ce moment, je me suis attaché à réajuster globalement le crâne

après chaque libération, quel que soit l'endroit du corps où elle avait été pratiquée. Je me suis ensuite rendu compte que lorsque je reprenais le crâne après libération globale du bassin, il y avait à nouveau beaucoup de changement et une plus grande ouverture. J'avais également la perception d'un meilleur ajustement mécanique dans l'ensemble du système qu'antérieurement.

Par ailleurs, les patients décrivaient souvent des perceptions d'aise et de recentrage qu'ils ne décrivaient pas auparavant. Enfin, après la séance, les réactions intempestives semblaient moins fréquentes et moins intenses. J'ai donc continué à pratiquer ainsi tout en cherchant pourquoi cela produisait de tels effets.

La première interprétation possible, c'est que malgré le bienfait apporté par la libération d'une zone de rétention, elle impose un changement, d'autant plus conséquent qu'elle est importante. Cela déséquilibre à nouveau le système corporel, l'obligeant à s'adapter à ce changement, alors même qu'il n'est pas en condition optimale pour le faire. Le crâne/ bassin/crâne permet d'ajuster l'ensemble des structures corporelles aux changements induits par la ou les techniques de libération et de recentrer le système sur son axe mécanique, pour nous, la dure-mère. Par rapport à la complexité du système corporel, cet ajustement est certes relativement grossier, mais lui évite de devoir l'accomplir lui-même, ce qui demanderait du temps, accaparerait presque toute l'attention de la conscience corporelle et consommerait une énergie considérable, non disponible pour le fonctionnement courant. Centré, le système peut gérer plus facilement l'harmonisation subtile que lui seul est capable d'assurer, tout en restant disponible aux tâches de la vie courante, ce qui peut expliquer la diminution des réactions après séance.

Le bien-fondé de cette pratique a été confirmé par le travail en séminaire. Qui ne s'est retrouvé *groggy* au terme de journées d'entraînement à l'ostéopathie crânienne ? À partir du moment où fut instaurée la pratique systématique du crâne/bassin/crâne après chaque expérimentation technique, ce phénomène a considérablement diminué, sinon disparu. Pourtant, pendant plusieurs jours, les participants ne cessent de se traiter mutuellement et parfois maladroitement.

La pratique du crâne/bassin/crâne semble également démontrer l'existence d'une autoprotection du corps : sans doute à cause de la dure-mère, il ne peut accepter une grande disparité dans la densité et la tension du haut par rapport au bas. Ainsi, les changements à une extrémité cessent dès que la disparité par rapport à l'autre extrémité devient trop forte. La libération et l'ajustement de l'autre extrémité permettent de regagner un peu de liberté pour l'ensemble du système.

Cette pratique permet donc de repousser le phénomène d'amortissement dans les libérations. Par ailleurs, le crâne/bassin/ crâne réharmonise le système non seulement sur son axe mécanique, mais également dans la relation du haut par rapport au bas.

Enfin, le crâne/bassin/crâne remettant le système en communication, celui-ci *s'ouvre*, c'est-à-dire que ses mobilités physiologiques et sa souplesse augmentent d'autant. Cela permet une bien meilleure perception des informations de densité et de traction qu'imposent les zones de rétention non encore libérées. Au sein d'un système dense, tendu, immobile, ces informations ne sont en effet quasiment pas perceptibles. Au sein d'un système plus souple, moins tendu et plus mobile, elles deviennent beaucoup plus évidentes : un arbre dans la forêt ne se distingue pas, au milieu d'une prairie, on ne voit que lui.

Phénomène final

L'objectif de la pratique du crâne/bassin/crâne étant la libération et l'ajustement alternatifs du crâne et du bassin, le phénomène final est la perception d'un crâne et d'un bassin plus souples, plus plastiques, plus mobiles qu'auparavant et la perception plus précise des informations livrées par les rétentions, où qu'elles se trouvent dans le corps.

À lui seul, le crâne/bassin/crâne constitue ce que nous appelons la phase 3 du *modus operandi*.

Remarque importante

Quel que soit le *modus operandi* utilisé au cours de la séance de traitement, je conseille vraiment de terminer par un crâne/bassin/crâne qui réharmonise globalement le système corporel du patient et lui évite nombre de réactions difficiles à gérer.

QUESTION / RÉPONSE

Puisque les modifications du crâne et du bassin semblent dépendre l'une de l'autre, ne peut-on traiter par va-et-vient successifs de l'un à l'autre ?

On pourrait le penser, mais là aussi, les changements s'amortissent rapidement et la libération d'énergie diminue d'autant. Il faut alors trouver une zone de rétention, la libérer (phase 2) et recommencer crâne/bassin/crâne (phase 3). Le crâne/bassin/crâne réalisé après une technique majeure comme la compression occipitale, par exemple, vous permettra d'expérimenter les changements dans le système.

LA COMPRESSION OCCIPITALE

Scepticisme

Le moment où j'ai pris conscience que l'état de présence du praticien est capital dans la réalisation d'une technique a initié un changement radical dans ma compréhension d'ostéopathe. J'ai commencé à *habiter* consciemment mes techniques. C'est avec la compression du quatrième ventricule que cette prise de conscience s'est réalisée, ce que j'ai évoqué dans le chapitre « Disciples de Colomb ». Cela m'a en revanche jeté dans un dilemme particulièrement difficile à gérer : je me suis rendu compte que les choses sur lesquelles l'attention est particulièrement focalisée (la mise en place physique, l'action supposée de la technique), dont on parle beaucoup et qui sont considérées comme absolue certitude, ne sont pas l'essentiel, et que cet essentiel (la présence, l'état d'être) n'est quasiment jamais évoqué. Un vaste pan de croyance s'est tout à coup effondré, me précipitant de nouveau dans les affres de l'incertitude et du doute…

C'est pourtant la perception qui m'a permis d'en sortir. En effet, à partir du moment où, dans la compression du quatrième ventricule, j'ai systématiquement établi les paramètres subjectifs de palpation (présence, attention, intention) et les paramètres objectifs (densité, tension, vitesse), j'ai pu expérimenter les perceptions décrites par Magoun : « *L'opérateur percevra un "ramollissement" de la zone traitée, et un dégagement de chaleur. Il y aura moins de liquide sous-cutané et un plissement de la peau, qui s'humidifiera au niveau du front, etc. La respiration devient régulière et lente et la pulsation approche le rythme normal.* » (Magoun, 2000, 113.) Ces perceptions sont devenues habituelles, alors même que je ne m'occupais ni du quatrième ventricule, ni de la Marée, ni d'une quelconque action du liquide céphalo-rachidien. Cela m'a évidemment conforté dans mes choix. J'ai compris que nos maîtres vivaient la présence et sans doute les autres paramètres subjectifs, sans avoir conscience que là était l'essentiel, de sorte qu'ils ont dirigé l'attention sur ce qu'ils faisaient et sentaient sans jamais dire comment ils *étaient* pour sentir ce qu'ils sentaient. « *Cette description de ce que sentaient nos maîtres nous a mystifiés : nous avons traduit cela par quoi sentir, nous ingéniant à reproduire un phénomène comme s'il était systématique et constant alors qu'avec la vie, c'est plutôt la variabilité qui domine. Nous tentions de projeter un modèle préétabli dans un système vivant qui avait probablement tout autre chose à nous confier.* » (Tricot, 2000, 41.)

Au sein du *modèle cause-effet*, nous avons confondu les trois niveaux logiques que sont *être*, *faire* et *avoir*. En mettant l'attention sur le *faire* et l'*avoir* sans avoir conscience d'*être*, on mélange les trois niveaux et on inclut l'*être* dans les deux autres niveaux logiques, ce qui est incohérent et conduit à des difficultés dans la gestion du vivant. En partant de l'*être*, au contraire, les niveaux logiques se réorganisent, *faire* et *avoir* reprenant leur place, incluse dans l'*être* qui les génère et les contrôle. Et du coup, perception et contrôle du vivant s'améliorent, comme par miracle.

Ignorant le niveau de l'être (la conscience), on a cherché à tout expliquer en se référant seulement au

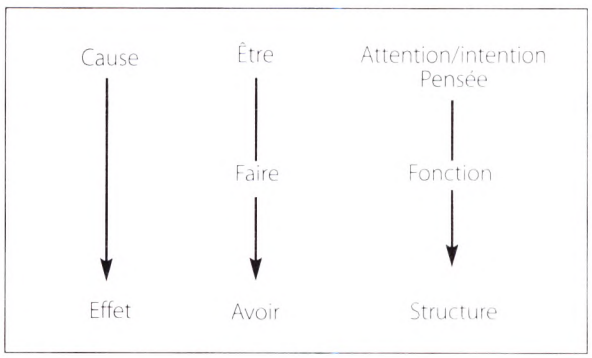


Figure 16. Schéma du modèle cause/effet.

domaine matériel, celui de l'avoir. Ainsi, ce qui est avancé pour expliquer le fonctionnement de la technique (notamment la compression ventriculaire et la diffusion du liquide céphalo-rachidien) est non seulement hypothétique, mais discutable. C'est une tentative d'interprétation de ce qui est ressenti par le praticien et de ce qui se passe chez le patient, se fondant sur des connaissances anatomo-physiologiques, qui ne valident justement pas l'interprétation... Comme le dit Rollin Becker, « *une des tragédies de la vie est le meurtre d'une belle théorie par une série brutale de faits* » (Brooks ed., 1997, 26).

C'est également cette erreur logique qui a conduit à accorder au liquide céphalo-rachidien (niveau de l'avoir) des pouvoirs qu'il n'a probablement pas et que la compréhension des phénomènes reliés à la conscience et à la communication du vivant (niveau de l'être) permet d'expliquer plus logiquement. Pour combler le vide laissé par l'incohérence logique, on a recouru à la pensée magique, accordant au liquide céphalo-rachidien un pouvoir de transmutation qu'en tant que substance matérielle, il ne saurait posséder. Seul l'être, où la conscience, peut accomplir ce que Sutherland appelle *transmutation* et que nous nommons *conversion*. C'est un autre niveau logique, de causalité supérieure (plus haut situé dans le cône), celui de l'être, de la présence, de l'attention et de l'intention, celui du Souffle de Vie.

Ainsi, le travail sur l'état de présence et ses implications m'a conduit à l'idée de conscience corporelle. Mais il a fallu du même coup réinterpréter la technique à la lumière de cette nouvelle compréhension, fondée sur la conscience de la structure vivante. Finalement, lorsque je réalise aujourd'hui la compression, la seule chose dont je sois physiquement certain, c'est de comprimer l'occiput. C'est ce qui m'a conduit à rebaptiser la technique dite de compression du quatrième ventricule pour l'appeler compression occipitale.

Indications

Comme toujours dans cette approche, c'est la perception tissulaire qui fournit l'indication majeure d'une technique. Pour la compression occipitale, il s'agit d'un crâne dur, dense, tendu, impénétrable et immobile (cf. « Modus operandi »). Dans notre concept, cette technique est considérée comme majeure, ce qu'affirmaient déjà Sutherland : « *Quand vous ne savez pas quoi faire d'autre, comprimez le quatrième ventricule.* » (Wales ed., 1990, 37.), et Magoun : « *Le Dr Sutherland a souvent dit que personne n'est trop malade pour subir la compression du quatrième ventricule, et si vous ne savez pas quoi faire d'autre, optez pour cette méthode. C'est la procédure la plus complète et la plus efficace qui existe.* » (Magoun, 2000, 112.)

A contrario de ce qui est aujourd'hui curieusement enseigné, et à cause des indications tissulaires, cette technique est le plus souvent pratiquée en début de séance, ce que conseillait déjà Magoun : « *Après la compression du quatrième ventricule, les lésions secondaires s'atténuent et sont plus faciles à mobiliser. C'est la raison pour laquelle il est bon de commencer tout traitement par cette technique. Elle est impérative pour les patients nerveux, tendus ou inquiets.* » (Magoun, 2000, 112-113.) Par ailleurs, si l'indication tissulaire déjà mentionnée se présente en cours de traitement, la technique est mise en œuvre, même si elle a déjà été réalisée au début. Il peut donc arriver de la pratiquer plus d'une fois au cours d'une même séance.

Mise en place

Patient allongé sur le dos, praticien assis à sa tête. Un espace suffisant doit être ménagé entre la tête du patient et le bord de la table pour que le praticien puisse y reposer confortablement avant-bras et coudes. Les mains du praticien sont posées croisées perpendiculairement, afin de former avec les éminences thénar deux appuis séparés de quelques centimètres sur lesquels vient reposer l'occiput du patient.

Compression occipitale : position des mains du praticien.

Étant donné que la technique peut durer longtemps, le confort du patient comme celui du praticien sont essentiels. La qualité du contact mains/ crâne est donc primordiale. Ainsi, précisons que l'appui du crâne du patient se fait sur la masse musculaire thénarienne et non sur les métacarpiens, comme je le vois souvent faire en séminaire. Un tel appui devient très vite inconfortable pour le patient et intolérable pour le praticien.
Le crâne du patient vient maintenant reposer sur les mains du praticien, inion entre les deux éminences thénar. Il importe que le patient relâche sa nuque.

Points d'appui, mise en place des leviers

Trois points d'appui secondaires sont fournis par les mains réunies en avant et au centre et les coudes en arrière.

Compression occipitale : placement du crâne du patient.

Le point d'appui principal est reporté au niveau de l'assise du praticien. Il importe vraiment que l'opérateur prenne conscience de ces points d'appui et utilise le plus possible son assise comme fulcrum offert au patient pour la libération des rétentions. C'est ainsi qu'il obtiendra la puissance dont il a besoin avec le moins d'efforts possible. Le temps d'enracinement lors de la mise en place des paramètres subjectifs est pour cela très utile.

Paramètres subjectifs

Le praticien prend le temps d'assurer son enracinement (ressentir la pesanteur dans le bassin) et sa présence (avec le lâcher prise).
L'attention englobe l'ensemble du corps du patient. Nous considérons en effet cette technique comme globale, s'adressant à l'ensemble du système corporel, il est donc logique d'englober tout le corps dans le champ

Compression occipitale : placement du praticien et points d'appuis.

d'attention donc de perception. Insistons sur l'importance de la présence dans cette technique, comme dans toute autre : « *Lorsque vous administrez un traitement, vous ne pouvez pas penser à la partie de golf que vous jouerez la semaine suivante. Vous devez vous concentrer et ressentir ce qui se passe au sein de cette dynamique du fluide lorsque vous travaillez avec elle et l'utilisez intelligemment. Elle est dotée d'intelligence. Joignez-y la vôtre et conduisez-la pendant le programme de traitement avec une perception consciente. Cela rend la correction beaucoup plus sûre pour le patient et évite des réactions.* » (Brooks ed., 1997, 105.)
L'intention peut se diviser en plusieurs cycles : l'intention globale est de se synchroniser avec les paramètres objectifs de la structure occipitale, d'offrir un point d'appui à l'ensemble du système corporel, fournissant un référentiel mécanique permettant aux zones de rétention qui peuvent le faire de se libérer, quelle que soit leur localisation dans le corps.
Des cycles d'intention plus précis permettent de réaliser progressivement la technique en focalisant sur la synchronisation avec la densité, puis avec la tension, puis avec le mouvement de la structure occipitale lorsqu'elle manifeste la libération, et d'adapter ces paramètres aux changements intervenant dans le contact tissulaire.

Paramètres objectifs

Présent et attentif, laisser le temps au crâne et aux mains de s'ajuster réciproquement. Ce temps est

capital. Il conditionne la bonne marche de la suite de la technique : nous cherchons ce que la structure désire nous confier, nous ne désirons pas nous imposer à elle. Contrairement à ce qui est classiquement décrit dans la compression du quatrième ventricule, on ne cherche pas à mettre l'occiput en extension. Il s'y met tout seul. En effet, si présence, attention et intention sont bien établies, l'occiput se place spontanément en extension et il suffit de suivre sa demande. Si par hasard sa demande est autre, il faut la suivre, quelle qu'elle soit.

La mise en place de la densité se fait *très* progressivement en comprimant *très* lentement l'occiput dans sa structure par rapprochement des deux contacts (ce ne sont pas les mains seules qui agissent mais également les avant-bras, le tout centré à partir du bassin du praticien), et surtout, en analysant la réponse spontanée de la structure osseuse sous la pression et en la suivant là où elle désire aller.

La tension est mise en place en même temps, grâce à une légère contraction isométrique des muscles intrinsèques des mains, en resserrant les doigts les uns contre les autres.

Le mouvement est suivi vers la plus grande densité possible, tout en accompagnant la structure tissulaire. La perception d'une plasticité indique la justesse de ces paramètres.

Réalisation de la technique

Les tissus se mettent globalement en mouvement, indiquant la libération d'énergie. Rappelons qu'il ne s'agit en aucun cas des mouvements considérés comme physiologiques dans l'approche crânienne classique. Le praticien ne cherche pas à les analyser. Il suit, cherchant seulement à permettre la libération de l'énergie dans le mouvement. Il s'agit de mouvements intra-tissulaires, lents, lourds, pesants. En même temps que de l'énergie se libère, les paramètres objectifs se modifient et le praticien doit, lui aussi, modifier ses paramètres pour rester synchronisé à ceux du crâne.

La technique se déroule en cycles successifs. La structure occipitale se met en mouvement, les deux mains bougeant de manière indépendante, puis revient à une position neutre et équilibrée et s'arrête dans un still-point qui peut durer. Le praticien demeure avec les tissus occipitaux, en attente et présent, attention focalisée sur l'ensemble corporel, jusqu'à la perception d'une lente expansion occipitale, souvent accompagnée d'une sensation de chaleur et de ramollissement, indiquant une remise en communication tissulaire et la fin d'un cycle de libération. Après cette phase d'expansion, il tente d'initier un nouveau cycle de libération en recherchant de nouvelles densité et tension. En général, le mouvement tissulaire reprend, souvent différent, indiquant qu'une nouvelle libération se produit. Ainsi, lors de cette technique, les cycles se succèdent et peuvent être nombreux. L'intention est d'en réaliser le plus possible, chacun d'eux manifestant la libération de rétentions corporelles. Il n'est pas toujours possible de localiser dans le système corporel où se situe la rétention qui se libère dans le mouvement occipital. Avec l'habitude les perceptions objectives et subjectives se préciseront, permettant au praticien de focaliser son attention sur la région d'où il pense que la charge se libère.

Phénomène final

La fin de la technique est marquée par un changement important dans la perception de la densité et la tension de la structure occipitale, qui semble soudain se ramollir plus fortement. Il y a la plupart du temps perception d'une grande chaleur locale au niveau du contact et le patient inspire profondément (et parfois le praticien…). Après cela, toute tentative pour reprendre un cycle de libération, comme indiqué plus haut, ne donne rien. La structure, ressentie comme molle et chaude, ne se remet pas en mouvement. S'il attend, le praticien finit par percevoir l'expansion/rétraction physiologique du système. La compression occipitale est terminée.

Remarques importantes

Plusieurs still-points peuvent se succéder tant dans la phase compressive que dans la phase expansive. Dans la phase compressive, les tissus peuvent marquer des temps d'arrêt suivis d'une reprise allant toujours dans le sens de la compression. Il faut suivre. L'expansion qui suit un still-point peut elle aussi s'effectuer par paliers successifs, chacun de ces paliers étant marqué par un still-point suivi d'une nouvelle expansion…

Arrêts en contrainte : certains arrêts des tissus peuvent faire croire à un still-point mais ne correspondent pas à une phase de résolution. Ils ne se produisent pas après un retour au neutre, mais dans des positions de contrainte. Pour que la structure reparte

dans son processus de libération, il peut être nécessaire de la solliciter en la poussant un peu plus dans sa densité. Lorsque les tissus sont vraiment bloqués en contrainte, les aides déjà évoquées peuvent être utilisées : apnée expiratoire, incitation au refus, dialogue tissulaire.

Les cycles successifs : insistons sur le fait que contrairement à ce qu'on pourrait penser et que laissent supposer les différentes descriptions de la compression du quatrième ventricule, la libération n'intervient pas d'un seul coup, mais progressivement, par cycles successifs. Il en est d'ailleurs ainsi pour quasiment toutes les techniques tissulaires.

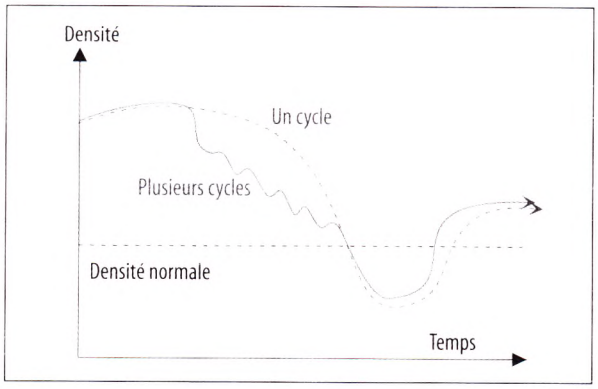


Figure 17. Déroulement de la compression occipitale par cycles successifs.

En s'améliorant, le savoir-faire du praticien le rendra capable d'induire de plus en plus de cycles successifs donc d'aller plus loin dans la libération des rétentions dans le système, à partir de la seule compression occipitale. Toutefois, même si le praticien ne possède pas encore l'expertise lui permettant d'aller aussi loin qu'il pourrait, il est important d'arrêter la technique entre deux cycles de libération et non pas en cours de cycle (arrêt en contrainte, ou structure en mouvement). Une des raisons majeures des réactions intempestives suivant cette technique vient du fait qu'ignorant le concept de cycles, les praticiens arrêtent la technique alors qu'un processus de libération est en cours. Des flux énergétiques et de l'information sont mobilisés sans atteindre la résolution, et le système a beaucoup de mal à les gérer.

Après la compression

Après la compression occipitale, il est impératif de réharmoniser le système par le crâne/bassin/crâne tel que décrit plus haut. Si, comme nous l'interprétons, la compression occipitale permet la libération de nombreuses zones de rétention mineures disséminées dans le système corporel, il est capital d'aider le système à adapter les changements induits par ces libérations, ce que réalise le crâne/bassin/ crâne, en le recentrant sur l'axe dure-mérien. Après compression occipitale, les mouvements tissulaires se produisant tant au crâne qu'au bassin laissent d'ailleurs penser que cette pratique n'est pas superflue.

L'absence de cette réharmonisation dans l'approche classique, et la méconnaissance du phénomène de cycles de libérations successifs, explique à mes yeux, une bonne partie des réactions intempestives suivant une compression du quatrième ventricule, qui ont conduit nombre de praticiens et d'enseignants à décréter des contre-indications à la technique tout à fait discutables. A contrario, le respect des cycles successifs de libération et la pratique systématique du crâne/bassin/ crâne après la compression occipitale rendent la technique réalisable dans presque tous les cas de figure, sans conséquence fâcheuse par le patient.

Interprétation

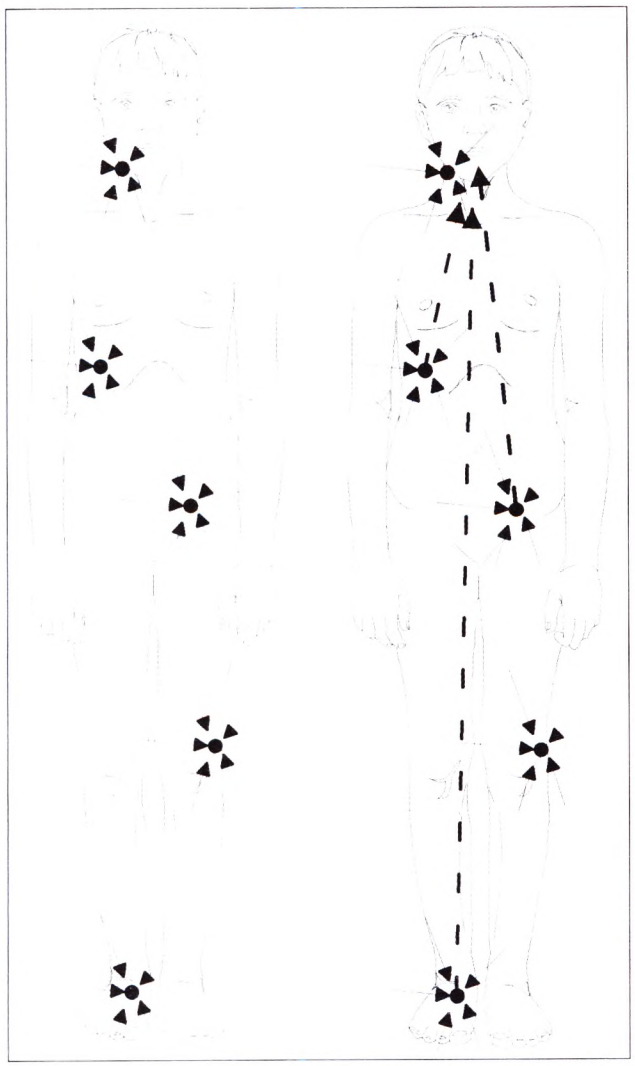
Ce qui nous intéresse ici, ce n'est pas de donner une interprétation de plus de ce qu'il semble se passer lors de la compression occipitale. Ce que je désire, c'est indiquer comment, dans l'approche et la cohérence tissulaires, il est possible de concevoir un processus. Cette compréhension est importante. En effet, nous avons assimilé l'attention à la projection de la conscience. En se projetant, la conscience emmène avec elles concepts, croyances et... limites. C'est à ces croyances et concepts que réagissent les consciences corporelles tissulaires du patient, comme nous l'avons vu avec les expériences sur les ballons. Ainsi, en projetant avec lui un concept clair de ce qu'il cherche à obtenir, le praticien a plus de chances d'obtenir des réponses tissulaires en concordance. Autrement dit, à intention imprécise correspondent des réponses tissulaires floues. À intention précise, correspondent des réponses nettes.

Nous avons modélisé le système corporel comme un ensemble plastique, mobile et déformable. En se rétractant, une zone de rétention altère la mécanique et la communication de l'ensemble du système, qui tente d'adapter. On peut concevoir qu'à chaque rétention correspond un ou des cycles d'adaptation. Une nouvelle rétention s'impose sur un

système déjà altéré, constitué de rétentions adaptations juxtaposées. Avec le temps le nombre de rétentions s'accroît, densité et tension globales du système augmentent également, alors que diminue son aptitude à communiquer et que diminue d'autant sa capacité d'adaptation. Il peut arriver que le système corporel atteigne sa limite d'adaptation. À ce moment, ses référentiels fondamentaux deviennent confus et le système, privé de ses références de base, commence à manifester instabilité et dysfonction. Apparaissent alors des symptômes, manifestant la difficulté du système à rester cohérent.

Une des manifestations palpatoires de cet état est un système crânien dur, tendu, immobile et impénétrable, qui indique pour nous la compression occipitale. Cette compression impose au système un point d'appui lui fournissant un référentiel mécanique arbitraire. L'avantage de la position occipitale est que l'appui imposé est proche du fulcrum physiologique situé au centre du crâne.

Figure 18.



Accumulation des rétentions.

Libérations successives sur le point d'appui occipital.

Ce référentiel imposé, associé à la présence et à l'attention/intention du praticien permettrait à de nombreuses zones de rétention corporelles mineures de trouver le point d'appui qui leur manquait pour pouvoir libérer leur charge. En ce sens, nous considérons la compression occipitale comme une technique globale, s'adressant à l'ensemble du système. Cette interprétation nous permet également de comprendre la manifestation des libérations s'opérant par cycles successifs, chacun de ces cycles correspondant à la libération d'une zone particulière.

Nous pouvons également comprendre autrement un phénomène évoqué par Sutherland : « [...] *vous pourrez observer de nombreuses lésions rachidiennes secondaires et compensatoires se résoudre et retrouver leurs relations normales. Cela met les lésions primaires sur le devant de la scène.* » (Wales ed., 1990, 203-204.) Sutherland attribue ce phénomène au pouvoir du liquide céphalo-rachidien que la technique oblige à diffuser dans toutes les structures corporelles et qui agirait, selon lui, sur les structures vertébrales comme une *huile dégrippante*. Constatant également le phénomène, nous l'attribuons au fait qu'avec la libération des zones de rétention disséminées, le système corporel améliore ses communications internes et retrouve ses référentiels. Il cesse d'émettre des réponses inadaptées et se détend. Par ailleurs, si chaque zone de rétention augmente la tension et la densité générale du système, leur libération provoque l'effet inverse donc son relâchement global. Cette interprétation offre l'avantage d'être cohérente au sein du modèle tissulaire, tout en nous affranchissant du supposé pouvoir du liquide céphalo-rachidien à ce jour non validé par les connaissances en physiologie.

Nous percevons donc des choses similaires que nous interprétons différemment. Le résultat en est toutefois l'affirmation de Magoun, déjà citée : « *Après la compression du quatrième ventricule, les lésions secondaires s'atténuent et sont plus faciles à mobiliser. C'est la raison pour laquelle il est bon de commencer tout traitement par cette technique. Elle est*

impérative pour les patients nerveux, tendus ou inquiets. » (Magoun, 2000, 112-113.)

Approches alternatives

Lorsque l'accès n'est pas possible au niveau de l'occiput, la technique peut être réalisée à partir du sacrum. Le pôle d'insertion inférieur de la dure-mère devient pour le temps de la technique le fulcrum principal du système corporel.

Bien que le point d'appui ne soit pas proche du fulcrum de Sutherland, la technique fonctionne. Pour le système corporel en recherche de fulcrum, n'importe quel point d'appui vaut mieux que pas de point d'appui.

L'approche au niveau du sacrum peut se faire comme la seconde prise alternative globale proposée pour le bassin : le praticien se place assis sur le côté du patient au niveau bassin, la main caudale prend contact avec le sacrum transversalement, talon de main au niveau de la crête sacrée. L'autre main contrôle les iliaques. La technique peut se réaliser en comprimant doucement les iliaques vers le sacrum, jusqu'à la densité maximale. Puis, attention/intention sur l'ensemble du système corporel, laisser les cycles successifs se manifester comme pour l'approche occipitale. Il convient, là aussi, de terminer par le crâne/bassin/crâne. Si cela n'est pas possible parce que le crâne n'est pas accessible, le pôle supérieur peut être ajusté par la prise globale des épaules décrite avec le membre supérieur. Seules l'attention et l'intention sont différentes : au lieu d'être centrées sur les épaules, elles englobent l'ensemble du système corporel du patient. Il ne faut pas hésiter à utiliser les aides déjà envisagées : apnée expiratoire, incitation au refus, dialogue tissulaire.

QUESTIONS / RÉPONSES

Votre interprétation de la compression occipitale semble négliger certains points proposés par Sutherland et ses successeurs, notamment le contrôle de la marée, la compression ventriculaire et la diffusion du liquide céphalo-rachidien.

Depuis que Sutherland a décrit la compression du quatrième ventricule, beaucoup d'hypothèses sur ce qui se passe lors de sa mise en œuvre ont été avancées. Il faut bien reconnaître qu'aucune n'a pu à ce jour être vérifiée avec certitude. De la compression, nous ne connaissons que certains effets évidents. Très honnêtement, je ne sais pas ce qui se passe exactement dans le corps lors de la compression occipitale. Je ne sais même pas si, malgré ce qu'ont pu dire nos maîtres, la technique a réellement quelque chose à voir avec le quatrième ventricule.

Pourtant, je ne puis que constater les résultats : libération, relâchement profond et étendu dans les structures corporelles, régulations des tonus para et ortho-sympathiques, etc. La compression occipitale provoque réellement des effets, tellement bénéfiques, que la pratique a conduit à lui accorder une place de choix dans le *modus operandi* de l'approche tissulaire. Examinons si vous le voulez bien, ces interprétations.

La marée tout d'abord. Précisons ce que Sutherland entend par marée : « *Observez maintenant la fluctuation de la Marée, qui est un mouvement montant au cours de l'inspiration et descendant au cours de l'expiration. S'agit-il de la vague roulant vers le rivage ? Est-ce cela la marée ? Non. Le mouvement de la marée est le mouvement de tout le corps d'eau, l'océan, ce corps d'eau invariable. Visualisez ce potentiel inhérent de la marée. Plus de puissance, plus de potentiel inhérent dans cette marée que dans les vagues qui viennent se briser sur le rivage.* » (Wales ed., 1990, 15.) En opposant vagues et marée, Sutherland désire nous faire comprendre les différences entre respirations secondaire et primaire. Il associe le phénomène d'expansion/rétraction de l'impulsion rythmique tissulaire à la marée.

La compression du quatrième ventricule est alors interprétée comme dirigeant la Marée : « *La compression du quatrième ventricule dirige la Marée, n'est-ce pas ? Elle consiste à ralentir la fluctuation jusqu'à cette courte période rythmique. J'ai déjà parlé de ce fluide, ce fluide Intelligent, avec un I majuscule. Pensez-y. Quelque chose qui nourrit les cellules nerveuses avec le Souffle de Vie. Une transmutation de ce Souffle de Vie qui passe dans la fibre nerveuse et descend vers ces "éléments les plus fins cohabitant avec les lymphatiques".* » (Wales ed., 1990, 168-69.)

Pour Sutherland, le ralentissement de la Marée permet de donner le temps aux structures vivantes d'améliorer leurs

échanges : « *Le praticien crânien a appris une méthode spécifique de compression du quatrième ventricule et par l'intermédiaire de cette technique douce, établit un ralentissement dans la fluctuation du liquide céphalo-rachidien jusqu'à atteindre un fonctionnement sur une période au rythme court. Il ne s'agit pas d'une affirmation de flemmard. La méthode peut être immédiatement démontrée. Dès que ce rythme sur une courte période est atteint, un échange rythmique équilibré se produit entre tous les fluides du corps. À cause de cet effet physiologique, on dit aux praticiens : "Si vous ne savez pas quoi faire, comprimez le quatrième ventricule." Cela a des effets physiologiques particulièrement étendus.* » (Wales ed., 1998, 218.)

La métaphore de la marée est intéressante à plus d'un titre. Mais si nous examinons le phénomène à la lumière du modèle cause/effet, nous ne pouvons manquer de poser la question : « *Qu'est-ce qui provoque le phénomène de la marée ?* » Pour les marées des océans, nous savons que ce sont les attractions conjuguées de la lune et du soleil, et sans doute également, d'autres astres plus éloignés, et de ce fait moins agissants. La marée est donc une manifestation visible de quelque chose d'invisible. Faute d'agir sur ces phénomènes d'attraction, nous ne pouvons agir directement sur la marée. Nous pouvons tout au plus utiliser sa puissance à notre profit, comme par exemple pour l'usine marémotrice de la Rance.

Qu'en est-il de la marée au sein du système corporel ? Nous la considérons également comme la manifestation visible de quelque chose d'invisible : la conscience. Travailler avec la marée consiste donc soit à la diriger (comme dans le v-spread et peut-être dans la compression occipitale) pour utiliser sa puissance physique, soit à agir sur elle, par l'intermédiaire de la conscience.

Utiliser la marée : puisque le corps a été modélisé comme un système plastique, fluide, déformable et en expansion/rétraction alternative permanente, nous pouvons imaginer que dans la compression occipitale, le point d'appui impose un point de ralentissement. La poussée profonde de la marée se trouve donc reportée en périphérie, imposant aux structures périphériques un étirement alternatif intime et subtil. Cela peut s'envisager comme un facteur d'aide important à la libération des rétentions tissulaires.

Contrôler la marée : pour contrôler la marée, il faut agir sur ce qui la produit : la conscience. Ce sont attention et intention qui permettent cela. On peut interpréter que présence, attention et intention du praticien fournissent au système corporel du patient un fulcrum subjectif, permettant aux consciences corporelles de retrouver un point d'appui qui leur faisait défaut. S'il y a perception de ralentissement, c'est qu'il y a modification dans les manifestations des consciences corporelles. Nous avons vu lors du travail sur la présence, que la qualité de la présence détermine un ralentissement du rythme et une augmentation dans l'amplitude de la respiration primaire donc dans la perception de la marée. Je l'ai interprété comme le fait de se syntoniser avec différents niveaux de consciences.

Ainsi, lors de la compression occipitale, la qualité de présence du praticien permettrait non seulement la libération des zones de rétention mineures, mais la syntonisation de l'ensemble des consciences présentes à des niveaux de conscience différents, ce qui se manifesterait par un ralentissement des rythmes et une augmentation d'amplitude.

Cela peut s'associer au concept d'immobilité. Nous avons vu que fulcrum est synonyme d'immobilité. Présence et centrage, confèrent à la conscience une certaine immobilité, qui permet le recentrage. La stabilité, l'immobilité du praticien induisent celles des consciences corporelles du patient, ce qui se manifeste par un ralentissement dans la perception de la marée.

La qualité de la présence et du centrage du praticien est donc capitale et c'est sans doute elle qui induit les modifications des phénomènes de marée dans le corps du patient. Je suppose que Sutherland expérimentait cela sans être conscient que c'était sa présence qui induisait ces choses. Il évoque en partie le phénomène lorsqu'il se réfère au verset du Psaume 46 : « *Be Still and know* » que l'on peut traduire par « *Apaise-toi et sache* » ou « *Sois immobile et connais* » ou « *Immobilise toi et sache* »[1]. Rappelons que les références de Sutherland en matière spirituelle – donc ses fulcrums –, étaient essentiellement bibliques. Cela nous renvoie également au magnifique texte de Rollin Becker justement nommé *Be Still and know* (Brooks ed., 1997, 24-38).

Nous ne sommes pas obligés d'adopter les mêmes références, mais cela ne change rien au mécanisme lui-même. Cela vaut la peine d'y réfléchir quelque peu…

La compression ventriculaire : des manifestations apparaissant lors de la compression ont depuis le début été interprétées comme consécutives à la modification de tonus des centres situés dans le plancher du quatrième ventricule. « *C'est le même principe que celui de la compression du quatrième ventricule. En général, il est plus pratique de comprimer le quatrième ventricule, car il vous permet d'agir sur tous les centres physiologiques, y compris celui de la respira-*

1. Certains traduisent le verset complet par « *Apaise-toi et sache que Moi, Je suis, Dieu* ». Dieu est alors évoqué comme le centre immobile de la Création, Fulcrum absolu, tous les autres étant relatifs.

tion. » (Wales ed., 1998, 63.) Je ne suis pas absolument certain que notre action comprime réellement le ventricule. N'oublions pas que le cervelet est interposé entre l'occiput et le quatrième ventricule. Il est probable que l'action mécanique est plus complexe et surtout plus globale que nous l'imaginons.

Le pouvoir du liquide céphalo-rachidien : nous avons ici l'une des interprétations essentielles de l'action de la compression du quatrième ventricule. Sutherland considère qu'« *Au sein même de ce liquide céphalo-rachidien, il y a un élément invisible que je considère comme le Souffle de Vie.* » (Wales ed., 1990, 14.)

La compression, en ralentissant les échanges et en faisant diffuser le liquide céphalo-rachidien vers la périphérie, agirait alors comme une huile dégrippante : « *Je voudrais attirer votre attention sur les bénéfices de la conduite de la fluctuation du liquide céphalo-rachidien dans le traitement des lésions chroniques de la colonne vertébrale. Je l'appelle "l'huile pénétrante", comme celle utilisée pour les vieilles jointures rouillées. Pour dévisser de vieux écrous et boulons rouillés, le mécanicien n'essaie pas de les faire tourner avec une clé. Il commence par appliquer une ou deux gouttes d'huile qui s'infiltre dans le filetage. Lorsque l'huile a agi, le mécanicien peut tourner l'écrou et le boulon avec les doigts et n'abîme pas leur filetage. En réduisant la Marée vers cette courte période rythmique et cet échange important entre tous les fluides du corps, vous pouvez lubrifier progressivement ces situations chroniques afin de les ramener vers leurs conditions normales de fonctionnement. Les fibroses diminuent également et le tissu normal du muscle réapparaît en temps utile.* » (Wales ed., 1990, 185-186.)

J'ai déjà mentionné ma réticence à accorder au liquide céphalo-rachidien un pouvoir particulier. Je n'y reviendrais donc pas. Ce qui m'importe, c'est que l'on puisse expliquer les phénomènes observés autrement qu'en recourant à un pouvoir particulier du liquide céphalo-rachidien.

En revanche, le concept de Souffle de Vie peut s'interpréter à la lumière de la décision d'être qui génère la conscience. Cette décision crée en effet deux pôles (*moi* et *non-moi*) entre lesquels une énergie peut circuler. Nous pouvons l'appeler énergie vitale, *qi*, *prana*, *souffle de vie*, peu importe le nom. C'est en tout cas l'énergie de la vie. Dès que la conscience apparaît, le souffle de vie apparaît avec elle. Si nous imaginons l'univers que nous expérimentons comme résultant d'un *Je Suis* qui en serait le centre absolu, nous pouvons également imaginer un Souffle de Vie commun à tous, auquel nos *je suis* donnent une existence spécifique et dont nous pouvons diriger le flux grâce à notre attention et à notre intention. Selon les centres de conscience auxquels nous parvenons à nous syntoniser, nous serons en connexion avec un Souffle de Vie de plus en plus raffiné et chargé de potentiel inhérent.

Vous ne parlez pas des contre-indications.

Sutherland ne donne pas de contre-indication. Magoun en donne quelques-unes, de bon sens : « *La compression du quatrième ventricule ne doit pas être appliquée en cas d'hémorragie cérébrale, sauf en cas de résolution : dans ce cas, on préférera la méthode d'application par le sacrum, et après une durée suffisante pour que le caillot soit ferme et prêt à être résolu. Cela s'applique aux cas d'apoplexie, de traumatismes, etc.* » (Magoun, 2000, 113.)

R. Caporossi et F. Peyralade donnent nettement plus de contre-indications, sans toutefois fonder leurs raisons : « *Épilepsie, séquelles d'encéphalite (dans la période d'hyperesthésie ou de sensibilité exacerbée), risques hémorragiques, fractures, traumatismes crâniens, accidents vasculaires cérébraux récents, paraplégies, asthme cardiaque, hypotension, bradycardie, traumatismes crânio-cervicaux et whiplash récents, états para-sympaticotoniques et vagotonies, états dépressifs et dépressions nerveuses, asthme en crise, femme enceinte (3e, 5e et 8/9e mois).* » (Caporossi, Peyralade, 1992, 352-353.)

D'autres, non publiées, sont aujourd'hui systématiquement transmises aux étudiants en ostéopathie. Il semble que plus on s'éloigne de la source, plus le nombre de contre-indications évoquées augmente. Certaines sont sans doute venues s'imposer à la suite de raisonnements fondés sur les connaissances physiologiques rapprochés des effets constatés ou supposés de la compression, d'autres, à cause de déboires résultant d'une réalisation incorrecte de la technique.

Pour ce qui me concerne, hormis traumatisme crânien et accident vasculaire cérébral récent, je ne reconnais quasiment aucune contre-indication. Certaines, aujourd'hui devenues absolues me semblent même choquantes. Ainsi de la femme enceinte et de la dépression.

Pour la femme enceinte, il semble qu'une mauvaise interprétation des propos de Magoun ait conduit à contre-indiquer la compression du quatrième ventricule pendant la grossesse : « *Le gonflement des chevilles diminue, la pression sanguine peut être abaissée, la tension des muscles et fascias peut être effacée et l'inertie utérine vaincue.* » (Magoun (3) 1966-76, 115 et 303.) Magoun n'indique aucunement que la compression du quatrième ventricule est contre indiquée au cours de la grossesse. Mon expérience en cabinet ne le montre pas non plus.

Pour ce qui concerne la dépression, j'ai

eu l'occasion de traiter de nombreux patients dépressifs. Pour la plupart, l'indication tissulaire m'a fait réaliser la compression occipitale, sans réactions préjudiciables. Mais j'insiste sur le fait que je ne laisse jamais un patient sur sa compression. Au minimum, le crâne/ bassin/crâne s'impose après la compression, ce qui remet le système en mouvement, le recentre sur son axe mécanique et lui facilite le travail d'adaptation des changements apportés.

L'augmentation de cette liste de contre-indications montre que les praticiens se sont éloignés de leurs perceptions et de leur ressenti et, travaillant avec l'intellect, ont formulé des contre-indications sans vérifier cliniquement que leurs raisonnements étaient justes. Cela conduit à inhiber l'étudiant qui, face à un tel catalogue de risques ou d'interdits, finit par ne plus réaliser la technique ou la réalise avec une telle appréhension, qu'elle ne peut fonctionner de manière optimale : avec l'attention, il se projette dans les structures vivantes de son patient et emmène avec lui appréhensions et inhibitions, auxquelles les consciences tissulaires sont tout à fait sensibles…

Et la Grande Marée (Long Tide) ?

Voici ce que nous en dit Rollin Becker : « *C'est un mécanisme fluctuant dont chaque cycle rythmique dure environ une minute et demie. J'ai découvert il y a dix ans cette grande marée chez mes patients, et je ne connais ni sa source, ni sa nature fondamentale. C'est une marée que l'on perçoit plus massive accompagnée d'une expansion graduelle de la totalité de la physiologie corporelle et d'un mouvement descendant graduel, suivi d'une autre expansion massive et graduelle dans un échange rythmique équilibré au sein de et dans la totalité de la physiologie corporelle.* » (Brooks ed., 1997, 54-55.)

Selon notre logique, cette grande marée correspondrait à la perception résultant de la syntonisation avec une conscience organisatrice d'un niveau supérieur. Elle existe probablement tout le temps, chez tout le monde, y compris le praticien, mais il faut des circonstances exceptionnelles de présence pour la percevoir. Les ostéopathes biodynamiques de la lignée de Rollin Becker, comme James Jealous, la recherchent et lui accordent un grand pouvoir thérapeutique.

Sur un plan pratique, je ne crois pas nécessaire de se focaliser systématiquement sur ce phénomène. Travailler le couple enracinement/lâcher prise (présence), communiquer avec le vivant, laisser se produire ce qui peut se produire aujourd'hui en fonction de ce que sont praticien, patient et circonstances, voilà ce qui me semble essentiel. Il vous arrivera certainement un jour de la percevoir. Il m'est arrivé de la percevoir sans l'avoir recherchée. C'est une belle expérience, très intimidante.

Si vous êtes intéressés par cette voie, je vous conseille vraiment de vous orienter vers la conscience plutôt que de vous focaliser sur la perception de la Marée qui en est une conséquence. Il me semble que c'est grâce à la gestion du couple enracinement/lâcher prise qu'elle peut être ressentie : « *Cette chose ne se manifeste que lorsqu'elle est nécessaire et que vous et votre patient êtes suffisamment calmes pour qu'elle apparaisse. Il n'est pas nécessaire de la faire venir.* » (Brooks ed., 1997, 113.)

Vous n'hésitez pas à remettre en question nombre d'interprétations données par nos aînés. Cela ne vous semble-t-il pas très présomptueux ?

On peut en effet le considérer comme tel. Cela m'a longtemps arrêté et empêché de m'exprimer. Puis, j'ai compris que, de toute manière, on ne peut empêcher un être de penser ce qu'il veut… Alors, j'ai suivi mon idée. Je peux en revanche expliquer ce qui motive cette remise en question.

Vous remarquerez que je remets en cause certaines interprétations, mais pas les perceptions évoquées par nos maîtres, ni, bien entendu, leur génie. La liberté de remettre en cause une interprétation me semble capitale, si l'on ne veut pas geler l'évolution de la compréhension des phénomènes que nous percevons.

N'oublions pas que ces interprétations étaient aux yeux de leurs créateurs des hypothèses. C'est nous qui les avons transformées en certitudes. S'interdire les remises en cause conduit au dogmatisme, qui peut, certes, apporter du *confort* intellectuel, mais sert la plupart du temps à combler un vide d'interprétation ou à masquer des incohérences logiques. Notre devoir est au contraire de tout faire pour mieux comprendre et rendre cohérent. Cela suppose la liberté de remettre en cause. Le concept crânien et l'ostéopathie en général en ont grand besoin. C'est capital pour notre survie.

suite du chapitre 11 ➤

LA TECHNIQUE HÉPATIQUE

Histoire

Au cours du développement de cette approche, le recours systématique en début de séance à la compression occipitale lorsque la perception tissulaire l'indiquait, a conduit à un *modus operandi* beaucoup plus satisfaisant, permettant la plupart du temps de *déverrouiller* le système corporel du patient. Mais une occurrence s'est présentée pour laquelle il a fallu trouver une solution : que faire lorsque la compression occipitale ne fonctionne pas, c'est-à-dire lorsque densité, tension et inertie sont telles que cette technique ne parvient pas à *ouvrir* le système ? Il a fallu tâtonner à la recherche d'une solution. J'ai fini par constater que, chez tous ces patients, la région diaphragmatique était particulièrement rigide et inerte et qu'en la travaillant, on parvenait à débloquer un peu la communication au sein du système. Puis, en travaillant la région diaphragmatique, je me suis rendu compte que la densité n'était pas tant diaphragmatique qu'hépatique. Focalisant le travail sur la région hépatique, j'ai alors obtenu des résultats constants dans la remise en communication du système corporel.

Pourquoi le foie ?

Ce n'est pas une déduction anatomo-physiologique qui m'a conduit à la région hépatique, mais le tâtonnement à la recherche d'une solution. À cette époque *pré-barralienne*, le viscéral ne nous apparaissait pas comme une zone de cause, mais comme une zone d'effet, dont les dysfonctionnements étaient consécutifs à des anomalies d'ordre mécanique ou neurovégétatif. Cependant, la question a surgi d'elle-même : pourquoi le travail hépatique déverrouille-t-il le système corporel ? Les correspondances mécaniques, nerveuses, circulatoires et métaboliques que je pouvais invoquer me semblaient largement suffisantes pour justifier l'influence hépatique sur l'ensemble du système. De plus, possédant un protocole efficace, je n'ai pas ressenti l'impérieuse nécessité de chercher à expliciter davantage cette constatation. Cette relation intrigua pourtant suffisamment Claire Aymeric, alors étudiante, pour en faire le sujet de son mémoire de fin d'études : *Le foie influence-t-il l'axe crânio-sacré ?* Elle s'est lancée à la recherche de corrélations pouvant exister au niveau anatomique, neurovégétatif, circulatoire, hormonal et embryologique, et les a trouvées. Je renvoie donc le lecteur particulièrement intéressé à son mémoire (Aymeric, 1998).

Indications de la technique

La principale indication vient d'être dite. Densité, tension et inertie trop importantes pour permettre d'établir une communication avec la structure corporelle ont indiqué la compression occipitale. Mais la fermeture du système est telle que même la compression occipitale ne fonctionne pas. Voilà l'indication majeure de la technique hépatique.

D'autres indications existent, qui peuvent venir des tissus eux-mêmes : traction vers la région à partir du crâne, du bassin ou de la sphère viscérale, densité perçue localement en travaillant la cage thoracique ou le diaphragme, etc.

La symptomatologie présentée par le patient peut également orienter le praticien vers la région hépatique. Mais avant d'entamer un travail tissulaire avec cette région, il convient, de s'assurer qu'elle est effectivement dense.

Position pour la technique hépatique.

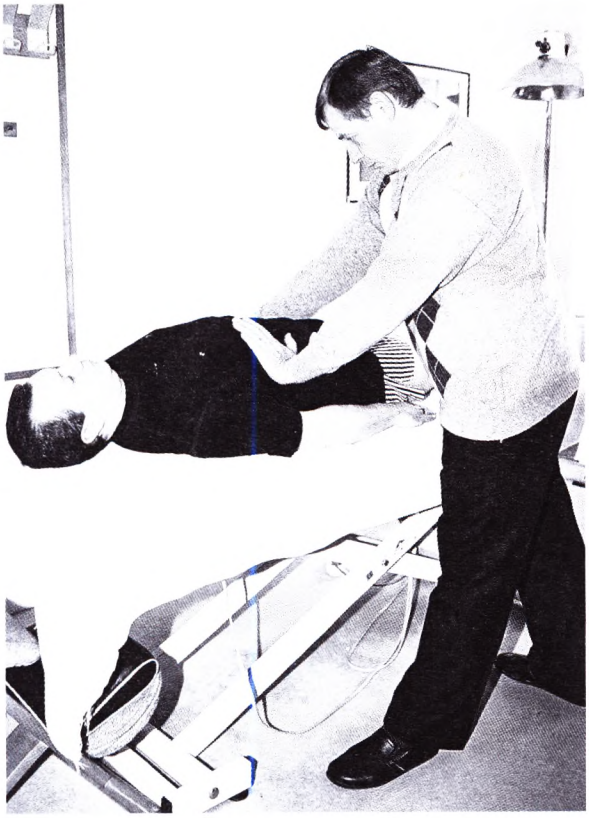
Mise en place

Le praticien se tient debout sur le côté droit du patient, allongé sur la table. Il contrôle la région hépatique avec la main gauche posée à plat sur le gril costal inférieur du patient, pouce tourné vers le bassin (voir photo). L'autre main contrôle le gril costal de l'autre côté par un contact plus latéral et postérieur. Lorsque le patient a gardé un maillot léger,

le contrôle de cette partie du gril costal peut se faire en empoignant le tissu. Cette prise est nettement plus puissante.

Position alternative, avec prise du vêtement.

Les bras sont tendus. Le point d'appui est reporté au sol. Il importe que le praticien prenne une bonne conscience de ce point d'appui et travaille à partir du sol. Le temps d'enracinement lors de la mise en place de la présence peut l'y aider.



Appuis et leviers pour la technique hépatique.

Paramètres subjectifs

Le praticien prend le temps d'assurer son enracinement (ressentir la pesanteur dans les pieds) et sa présence (par le lâcher prise).

L'attention englobe l'ensemble de la région hépatique du patient. La technique est au départ globale, elle se localisera en fonction des indications tissulaires.

L'intention peut se diviser en plusieurs cycles : l'intention globale est de se synchroniser avec les paramètres objectifs de la structure hépatique, d'offrir un point d'appui à cette région, fournissant un référentiel mécanique permettant aux rétentions de se libérer, quelle que soit leur localisation dans la région hépatique.

Des cycles d'intention plus précis permettent de réaliser progressivement la technique en focalisant sur la synchronisation avec la densité, puis avec la tension, puis avec le mouvement de la structure hépatique lorsqu'elle manifeste la libération, et d'adapter ces paramètres aux changements intervenant dans le contact tissulaire.

Paramètres objectifs

La mise en place de la densité se fait en deux temps. Le praticien comprime tout d'abord *très* progressivement et *très* lentement la région hépatique avec sa main gauche, en poussant vers la colonne vertébrale du patient. Il importe que la poussée soit donnée avec tout le corps et non pas seulement avec la main ou le bras. Le point d'appui est au sol. Il importe également d'analyser la réponse spontanée des tissus au moment du démarrage de la poussée, et de les suivre là où ils désirent aller. Ils conduisent directement le praticien dans la zone dense.

Dans un second temps, le praticien comprime l'autre côté du gril costal en le tirant vers le foie. Le geste part du point d'appui au sol, et non de la main ou du bras. Il suit également avec cette main les directions spontanées proposées par les tissus.

La tension est mise en place en même temps, en serrant les muscles intrinsèques des mains.

Réalisation de la technique

Le mouvement est suivi vers la plus grande densité possible, tout en accompagnant la structure tissulaire. Il y a ainsi convergence de la poussée des deux mains qui se laissent guider par les indications tissulaires pour rejoindre la zone dense. Le praticien focalise alors son attention et ses forces de compression

sur la région qu'il perçoit plus dense, et suit la modification des paramètres objectifs au fur et à mesure que la libération provoque des changements dans les structures.

Plusieurs still-points peuvent se succéder tant dans la phase compressive que dans la phase expansive. Dans la phase compressive, les tissus peuvent marquer des temps d'arrêt suivis d'une reprise allant toujours dans le sens de la compression. Il faut suivre. L'expansion qui suit un still-point peut elle aussi s'effectuer par paliers successifs, chacun de ces paliers étant marqué par un still-point suivi d'une nouvelle expansion…

Arrêts en contrainte : certains arrêts des tissus peuvent faire croire à un still-point mais ne correspondent pas à une phase de résolution. Ils ne se produisent pas après un retour au neutre, mais dans des positions de contrainte. Pour que la structure reparte dans son processus de libération, il peut être nécessaire de la solliciter en la poussant un peu plus dans sa densité. Lorsque les tissus sont vraiment bloqués en contrainte, les aides déjà évoquées peuvent être utilisées : apnée expiratoire, incitation au refus, dialogue tissulaire.

Les cycles successifs : j'insiste sur le fait que la libération n'intervient pas d'un seul coup, mais progressivement, par cycles successifs qui peuvent s'enchaîner, centrés sur des localisations différentes. Au fur et à mesure que les cycles s'enchaînent, la structure est perçue comme de plus en plus plastique et souple.

Phénomène final

Chaque cycle de libération se termine par un still-point suivi d'une expansion tissulaire. Il arrive un moment où l'expansion tissulaire suivant le still-point est particulièrement ample, accompagnée d'une sensation de fonte des tissus sous la main, d'un soudain relâchement, et d'une grande perception de chaleur (également pour le patient), accompagné d'une inspiration profonde de celui-ci. Si le praticien tente ensuite de reprendre un nouveau cycle de libération, il n'obtient plus de réponse. Les tissus se laissent comprimer sans indiquer de densité.

Approches alternatives

Lorsque la densité hépatique semble nettement postérieure et que le praticien a l'impression de ne pas l'atteindre par l'abord antérieur, une approche alternative est possible, patient allongé sur le côté gauche, praticien debout derrière lui.

Le contrôle hépatique se fait en arrière par la main posée à plat sur la face postérieure des côtes de telle manière que l'éminence hypothénar *se cale* sur la ligne des épineuses vertébrales. La main antérieure contacte antérieurement le gril costal inférieur.

Position du praticien, mise en place des leviers. Le praticien écarte les coudes, afin de pouvoir utiliser l'inertie et la puissance du poids du corps, centré sur les pieds. Il centre l'action sur les pieds posés au sol.

Mise en place des paramètres. Elle se fait comme déjà décrit, attention sur la région hépatique, l'intention étant de communiquer avec la région hépatique et de lui permettre de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs permettent de mettre en place les paramètres objectifs.

Approche alternative hépatique, vues postérieure et antérieure.

Réalisation de la technique. Le praticien comprime *très* lentement les deux mains à la rencontre l'une de l'autre et suit les tissus dans les directions spontanées qu'ils proposent sous la compression, ce qui fait converger les mains vers la densité. Il focalise l'attention sur l'espace où il ressent la densité localisée. Comme pour l'approche précédente, plusieurs cycles se succèdent, jusqu'au phénomène final décrit plus haut. Apnée expiratoire, incitation au refus, dialogue tissulaire peuvent être utilisés lorsqu'une densité rechigne à se remettre en communication.

D'autres approches alternatives sont possibles. Toute technique déjà connue peut être utilisée en l'adaptant par mise en place des paramètres subjectifs et objectifs. Nous nous contentons de décrire ce que nous pratiquons. Il convient seulement de veiller à la mise en place des leviers permettant une action puissante avec le moins d'effort possible.

Remarques importantes

Technique globale. La technique est commencée dans la globalité de la région envisagée. Puis, en fonction des indications tissulaires, elle se focalise sur une zone précise, pour redevenir globale lorsque la zone s'est libérée, afin que les tissus fournissent de nouvelles indications qui la focaliseront à nouveau, etc. L'approche globale permet souvent de libérer des rétentions mineures qui n'auront pas besoin d'attention focalisée pour disparaître.

L'expertise du praticien augmentant, il deviendra capable de conduire de plus en plus de cycles. Mais quelle que soit l'habileté, il convient de ne pas arrêter la technique tant que l'on n'est pas certain d'avoir atteint la fin d'un cycle. Des tissus arrêtés peuvent faire croire à la fin d'un cycle. Mais, tant que l'expansion n'a pas été obtenue, le cycle n'est pas terminé. Il ne faut pas hésiter à utiliser les aides décrites.

Après la technique

Selon l'indication tissulaire qui a conduit à réaliser la technique hépatique, l'*après-technique* peut varier légèrement. Si c'est l'impossibilité de réaliser la compression occipitale qui a conduit à s'intéresser au foie, il convient de reprendre la compression occipitale qui a été commencée et n'a pu être menée à son terme. Même si elle n'a pu se dérouler normalement, la technique a initié des cycles de libération qui n'ont pu être terminés. Il convient donc de recréer les conditions qui leur permettront de se libérer. Par ailleurs, les indications qui avaient conduit à la compression occipitale demeurent. Il convient donc de terminer la technique.

Dans tous les cas, il convient de réajuster le système par le crâne/bassin/crâne, soit après la compression occipitale si on est passé par elle, soit directement après la technique hépatique. Les mouvements tissulaires ressentis dans le système crânien après technique hépatique ne laissent aucun doute quant à l'importance du foie dans le système corporel.

Lors des séminaires, pour rendre ces liens plus évidents, nous faisons pratiquer la technique hépatique à trois : patient sur la table, un praticien sur le crâne et un autre sur la région hépatique. Le praticien s'occupant du foie réalise la technique comme indiqué plus haut et celui qui est au crâne réalise la technique crânienne globale décrite, avec prise à huit doigts, attention focalisée sur la région hépatique. Les mouvements et changements se produisant au crâne au cours de la libération hépatique impressionnent plus d'un étudiant…

QUESTIONS / RÉPONSES

Je ne saisis pas exactement ce que vous voulez dire par *projeter l'attention* sur une région, créez-vous une image mentale de cette région ?

Non, je ne crée par d'image mentale. Si vous faites cela, vous placez votre attention sur une image que vous avez créée et que vous projetez sur la région que vous traitez. Vous communiquez avec l'image mentale, pas avec la région et les consciences qui s'y trouvent. Le processus d'attention est exactement le même que celui que vous utilisez lorsque vous communiquez avec une personne : vous projetez votre

attention sur elle. Vous ne créez pas une image d'elle. La projection de l'attention est donc une question d'espace. C'est l'être, la conscience, qui se projette dans un espace. Si vous pouvez le faire sur une personne les yeux ouverts, vous pouvez le faire les yeux fermés. Vous le pouvez donc également sur un espace corporel choisi. C'est une simple question d'entraînement. Il faut apprendre à utiliser de manière un peu différente et consciente un système que vous utilisez habituellement de manière non consciente.

Vous semblez faire peu de cas des motilités et mobilités décrites pour le foie en ostéopathie viscérale.

J'ai à ce propos adopté la même attitude que par rapport à la mécanique décrite pour le système crânien : l'état de santé se manifeste par une mécanique normale. Mais ce qui perturbe la mécanique, ce sont les zones de rétentions qui induisent des rétractions et de l'inertie. Ce qui m'intéresse donc, c'est de trouver et de libérer ces zones. Lorsque cela est fait, la mécanique se manifeste à nouveau normalement. Rappelez-vous, nous travaillons la conscience. La mécanique est seconde.

Pour vous en convaincre, le plus simple est de procéder à des tests : sur un sujet, analysez la mobilité hépatique, notez les anomalies, puis réalisez la technique hépatique telle qu'elle a été décrite. Réajustez ensuite l'ensemble du système avec le crâne/bassin/ crâne, puis refaites vos tests. Analysez les changements.

Doit-on toujours faire une compression occipitale après la technique hépatique ?

Non. Seulement si c'est l'impossibilité de réaliser la compression occipitale qui vous y a conduit. En revanche, un crâne/bassin/crâne s'impose toujours.

Puisque la région hépatique est si importante dans l'économie du système, pourquoi ne pas commencer systématiquement par elle ? Cela ne peut que faire du bien.

Évitez d'être systématiques. Communiquez avec la structure tissulaire de votre patient. Travaillez avec les indications qu'elle vous donne. Vous avez affaire à de la conscience qui manifeste un besoin. Répondez au besoin, pas à votre systématique.

Si densité et tension sont trop fortes et que la technique ne marche pas, que faire ?

Cela peut arriver. Je n'ai pas de technique miracle à proposer. Ce qui fonctionne dans ces cas, ce sont des allers-retours entre technique hépatique et compression occipitale. À chaque fois, aidez ce qui peut se libérer à se libérer. À un moment, une des deux techniques se mettra à fonctionner. Je suis parfois surpris en constatant qu'un relâchement apparemment peu important a suffi pour de grands changements dans le système. Si vous avez ne serait-ce qu'un peu de mouvement, il indique une mobilisation d'énergie. Laissez-le aller jusqu'au bout. Ne laissez pas de cycles de libérations inachevés. C'est l'origine principale des réactions intempestives.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE MAINTENANT

Nous allons poursuivre l'exposé des techniques en nous intéressant au crâne et à la colonne vertébrale.

> *« Les débutants veulent apprendre le plus de techniques possible. Sachant qu'ils ne savent pas, ils tentent de compenser le vide par le volume. Ils ont du mal à se tenir simplement immobiles, à écouter. En conséquence, ils ne prennent pas le temps de se "brancher" pour permettre à l'information d'atteindre leur être afin de l'interpréter. Après quatre ou cinq minutes passées sur une technique, dès qu'ils en possèdent suffisamment les gestes, ils laissent tomber ou demandent qu'on leur en montre une autre. C'est comme s'ils disaient : "donne moi un autre jouet" ! Ils n'essaient pas d'atteindre un niveau plus profond. Pourquoi ? Peut-être parce qu'ils ont peur de leur ombre. La douleur du client nous rappelle la nôtre et en restant assis, tranquille, c'est à nous-même que nous faisons face. »*
>
> (Milne, 1995, 9.)

LE CRÂNE ET LA COLONNE VERTÉBRALE 12

« Le crâne supérieur du mammifère se déduit de six vertèbres dont trois correspondent à l'occiput enveloppant le trésor du cerveau, distribuant les extrémités richement ramifiées à l'intérieur, à la surface, et à l'extérieur du cerveau, et trois forment le crâne de devant s'ouvrant au monde extérieur, le recevant, le saisissant. »

J. W. Goethe, *Écrits sur la morphologie*, 1820.

Réunir dans le même chapitre système crânien et colonne vertébrale se fonde sur deux raisons associées. La première d'ordre pratique : la constatation que bon nombre de problèmes vertébraux sont consécutifs à des restrictions importantes au niveau du mécanisme crânien et de la dure-mère; la seconde, d'ordre théorique : l'hypothèse selon laquelle le crâne correspond à des vertèbres modifiées.

LE CRÂNE, VERTÈBRES MODIFIÉES ?

« L'encéphale n'étant que la continuation de la moelle épinière, il était tout naturel de penser que la cavité crânienne qui l'abrite n'est, pareillement, que la continuation de la colonne vertébrale. » (Defrance de Tersant, 1998, 32.) Dans cet article intitulé « Théorie vertébrale du crâne », notre confrère Christian Defrance de Tersant évoque la théorie des vertèbres crâniennes, apparemment initiée par Goethe en 1790 et présentée par Oken en 1807, puis reprise par Testut et Latarjet dans l'édition de 1911 de leur *Traité d'anatomie humaine*.

Chez les ostéopathes, Charlotte Weaver, contemporaine de Sutherland, a émis une hypothèse semblable : *« Tout en présentant dans leur ontogenèse la phylogenèse typique des vertèbres, les os du crâne sont de véritables parties vertébrales, modifiées et assemblées de manière irrégulière ; une fois leurs parties correctement décrites et assemblées selon leur description, les vertèbres modifiées qui constituent les os du crâne, sont au nombre de trois. Si ces choses pouvaient être établies en tant que faits, on ne pourrait que leur accorder une importance capitale dans la science de l'ostéopathie. »* (Weaver, 1936, 328.)

Charlotte Weaver a passé sa vie à étudier anatomiquement, embryologiquement, cliniquement cette hypothèse et a publié de nombreux articles dans les revues professionnelles sur la question[1]. Elle a rencontré Sutherland et ils ont échangé sur la théorie. Pourtant, Sutherland l'évoque à peine (Wales ed., 1998, 166) et Charlotte Weaver est aujourd'hui inconnue, même chez les ostéopathes américains.

La théorie des vertèbres crâniennes nous intéresse particulièrement parce qu'elle offre un modèle conduisant à concevoir crâne et colonne comme un ensemble anatomique et mécanique indissociable et cohérent. Cette théorie se trouve corroborée par les constatations cliniques consécutives au travail sur la dure-mère.

1. Ces articles sont publiés dans l'*AOA Journal* : « The Cranial Vertebrae », mars et avril 1936, « Etiologic Importance of the Cranial Intervertebral Articulation », juillet 1936, « Traumatization of the Plastic Basicranium Other than Obstetrical », mars 1938, « The Three Primary Brain Vesicles and the Three Cranial Vertebrae », avril, mai, juin, juillet 1938. Voir également deux articles de Margaret Sorrel traduits en français : « L'ostéopathie de Charlotte Weaver », *ApoStill* n° 6, 47-56 et n° 8, 85-89.

THÉORIE CONCERNANT LA DURE-MÈRE

Nous avons modélisé le corps comme un ensemble liquidien pulsatile rythmique (expansion/rétraction), organisé par un système de cloisonnement fibreux (membranes, fascias), centré mécaniquement sur le fulcrum de Sutherland. Selon ce modèle, la dure-mère est la première structure organisatrice. Par sa relative inélasticité, elle transforme le mouvement d'expansion/rétraction tissulaire multidirectionnel en créant des points de restriction de mouvement et des zones de liberté.

La dure-mère *gouverne* le système de l'intérieur, et organise sa mécanique. Le tendon central (*core link*), relativement inélastique, placé au cœur d'une structure articulée, la colonne vertébrale, possédant souplesse et élasticité, est ici dans le rôle qui nous importe le plus, celui d'organisateur mécanique. La dure-mère joue également un rôle, à notre avis injustement minimisé, dans la compréhension du complexe crânio-vertébro-sacré.

Le collier et ses perles…

En effet, tendue entre crâne et sacrum, elle joue par rapport aux vertèbres le même rôle que le fil du collier de perles : comme les perles sur leur fil, les vertèbres sont enfilées sur la dure-mère, et le système nerveux central. Resserrer le fil augmente immédiatement la rigidité de l'ensemble du collier. Ainsi restrictions et rétentions sur la dure-mère provoquent-elles une augmentation proportionnellement beaucoup plus importante des facteurs de compression. Les rétentions sur les insertions crâniennes, vertébrales ou sacrées de la dure-mère et les rétractions qui en découlent provoquent un resserrement vertébral.

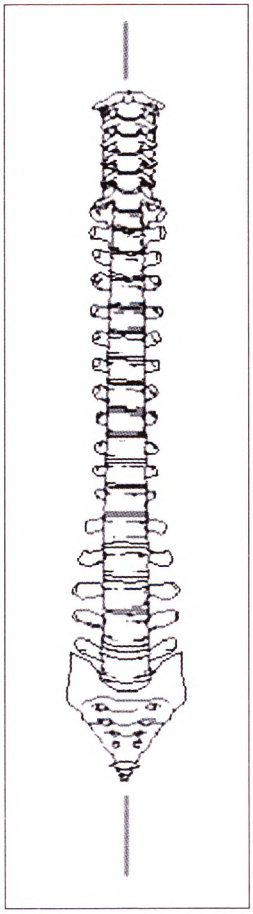


Figure 19. Le collier et ses perles : augmentation des contraintes mécaniques.

Au niveau des zones de contrainte physiologique maximale (apex et changements de courbure), les contraintes augmentent d'autant, créant des dysfonctionnements connus depuis Korr sous le nom de *segments facilités*.

L'arc et sa corde

Le phénomène s'aggrave particulièrement avec la position assise dont une des conséquences la plus fréquente est l'effacement de la courbure lombaire. Par rapport aux courbures vertébrales, on peut envisager la dure-mère comme jouant le rôle de la corde joignant les extrémités d'un arc. Pour ouvrir l'arc, il faut allonger la corde. Au niveau vertébral, la diminution d'une courbure doit être compensée par l'allongement de la corde. Comme la dure-mère n'est que très peu élastique, la compensation se traduit par une augmentation de la compression et l'augmentation des autres courbures. Et puisqu'en position assise la courbure lombaire s'efface, cela rend la pince ouvrante inopérante, et reporte poids du corps et compression sur les structures antérieures accélérant considérablement la dégénérescence discale.

Conséquence logique

En conséquence, l'approche tissulaire considère la plupart des dysfonctionnements vertébraux comme activement créés par le système qui cherche à s'adapter à l'augmentation des tensions/ compressions. Les problèmes vertébraux nous paraissent le plus souvent secondaires à l'augmentation de la tension dans l'ensemble du système corporel et des structures crânio-sacrées, en particulier la dure-mère. Nous ne nous intéressons donc quasiment jamais spécifiquement aux structures vertébrales en première instance, nous ingéniant auparavant à détendre l'ensemble du système. Il est alors très remarquable de noter les change-

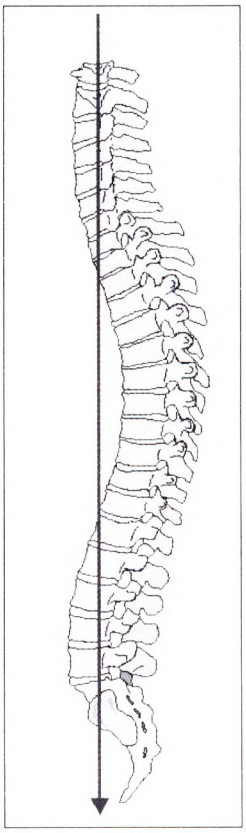


Figure 20. Arcs vertébraux et corde dure-mérienne.

ments intervenant dans le panorama vertébral et de constater que si le corps crée activement les dysfonctions pour tenter de s'adapter, il est capable de les *décréer* lorsqu'elles ne sont plus nécessaires. A contrario, que de fois n'avons-nous pas constaté que la correction d'un niveau vertébral réalisée sans se préoccuper des restrictions et tensions profondes dans le système, ne tient pas ou est remplacée par une dysfonction apparaissant à un autre niveau.

Notre logique

Cette logique nous a conduit à nous intéresser particulièrement aux régions suivantes, dans l'ordre :

- la dure-mère crânienne et spinale (pôles supérieur, inférieur et le long de la colonne) ;
- le mécanisme crânien dans son ensemble ;
- les verrous que constituent la base du crâne (verrou cervical) et les sacro-iliaques (verrou lombaire) ;
- le travail de régions vertébrales spécifiques.

Il est à remarquer que comme à l'habitude, l'approche globale est privilégiée ; nous ne devenons spécifiques que si cela est vraiment nécessaire.

LA DURE-MÈRE CRÂNIENNE

La technique sur la dure-mère crânienne nous a été montrée par Viola Frymann dans les années 1970. L'accent était alors mis sur le relâchement des sinus veineux crâniens dans le but d'améliorer le drainage des structures intra-crâniennes. Cette action est certes toujours valable, mais lorsque nous intervenons sur les sinus veineux, notre point de vue est avant tout mécanique, comme expliqué plus haut. Par ailleurs, la technique a été modifiée pour mettre en place et utiliser les paramètres objectifs et subjectifs de palpation.

Indications de la technique

Après la phase 1 (mise en communication du système corporel) ou la phase 3 (réharmonisation par le crâne/bassin/crâne), lorsque le système est harmonisé et centré, le praticien, au lieu de reprendre un cycle de libération, se contente de poser les mains sur le crâne, de se synchroniser avec la densité, avec l'intention d'obtenir de l'information pour orienter son traitement. Trois informations tissulaires peuvent l'y aider :

- les mains sont aspirées vers le centre du crâne ;
- une tension importante est perçue au niveau de la surface crânienne, comme un ballon trop gonflé ;
- le crâne semble séparé en deux parties par un mur sagittal, chaque côté ne répondant pas à l'autre. Mais si le praticien pénètre plus avant dans la densité tissulaire, la perception disparaît. J'appelle cette perception le *diabolo mou*. *Diabolo* pour « diable » qui signifie « divisé », « séparé », et *mou* parce que la perception se référant à des structures membraneuses, dès que la synchronisation avec la densité devient plus profonde, elle disparaît. Par ailleurs, le diabolo me rappelle un jeu de mon enfance, et image le concept.

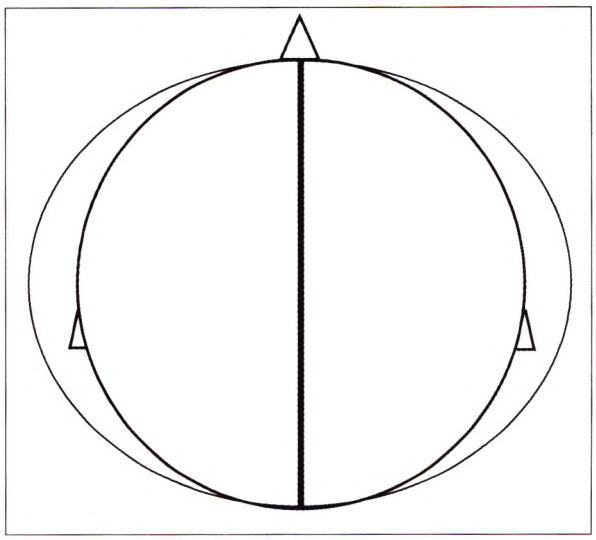


Figure 21. Expansion en diabolo.

Une réalisation en trois temps

La technique se réalise en trois temps, chacun de ces temps s'intéressant à une partie différente de la dure-mère crânienne :

- relâchement des insertions de la faux du cervelet,
- relâchement des insertions de la tente du cervelet,
- relâchement des insertions de la faux du cerveau.

Relâchement des insertions de la faux du cervelet

Mise en place : Praticien assis à la tête du patient allongé sur le dos, suffisamment éloigné de lui pour pouvoir reposer coudes et avant-bras sur la table. Le praticien place la pulpe des doigts sous l'occiput, de chaque côté de la ligne médiane, dans l'espace situé entre inion et colonne cervicale.

Leviers et points d'appui : Avant-bras et coudes constituent deux appuis secondaires, l'assise au niveau du bassin du praticien, le point d'appui principal.

Relâchement des insertions de la faux du cervelet.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur les insertions occipitales de la faux du cervelet.

Paramètres objectifs : Mise en place de la densité en comprimant légèrement la structure occipitale en laissant partir le corps en arrière et en rapprochant les deux contacts vers la ligne médiane. La tension est donnée en resserrant légèrement les doigts avec les muscles intrinsèques de la main.

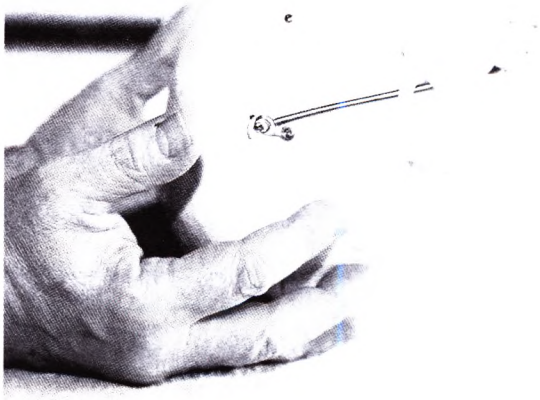
Réalisation de la technique : Le praticien laisse le temps au crâne du patient et aux doigts du praticien de s'accommoder les uns aux autres. Très lentement, il comprime comme indiqué plus haut et analyse la réponse spontanée des structures crâniennes sous sa compression, en les accompagnant dans leur plus grande densité. Il suit tout mouvement qu'il perçoit jusqu'au retour à une position d'équilibre entre les deux mains, et l'apparition d'un still-point suivi d'une expansion tissulaire (sensation de séparation des doigts des deux mains).

Plusieurs cycles peuvent être nécessaires. En cas d'arrêt en contrainte, utiliser les aides habituelles, notamment ici, apnée expiratoire et encouragement au refus.

Phénomène final : Sensation de fort ramollissement au contact tissulaire, sensation de séparation des deux mains, chaleur parfois intense. Souvent inspiration profonde du patient, et parfois du praticien. Les tentatives pour reprendre un nouveau cycle de libération ne donnent plus rien.

Relâchement des insertions de la tente du cervelet

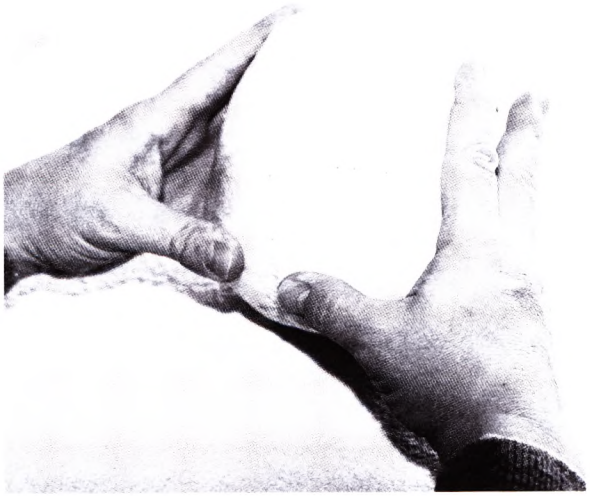
Mise en place : Patient et praticien placés comme pour le relâchement de la faux du cervelet. Le contact des doigts du praticien se fait par la pulpe (pas l'extrémité) au contact des insertions de la tente sur l'occiput. Cette zone est en général marquée par une gouttière partant de chaque côté de l'inion et allant vers le temporal.



Relâchement des insertions de la tente du cervelet.

Leviers et points d'appui : Comme pour la faux du cervelet.
Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur les insertions occipitales de la tente du cervelet.
Paramètres objectifs : La densité est trouvée en laissant au crâne et aux doigts le temps de s'adapter l'un à l'autre. Lorsque la sensation devient plastique, un léger resserrement des doigts vers l'inion suffit pour initier la libération. La tension est donnée en resserrant légèrement les doigts avec les muscles intrinsèques de la main.
Réalisation de la technique : Le praticien laisse le temps au crâne du patient et aux doigts du praticien de s'accommoder les uns aux autres. Il resserre alors très lentement les doigts vers l'inion et analyse la réponse spontanée des structures crâniennes sous sa compression, en les accompagnant dans leur plus grande densité. Il suit tout mouvement qu'il perçoit jusqu'au retour à une position d'équilibre entre les deux mains, et l'apparition d'un still-point suivi d'une expansion tissulaire (sensation d'écartement des mains).
Plusieurs cycles peuvent être nécessaires. En cas d'arrêt en contrainte, utiliser les aides habituelles, notamment, ici, apnée expiratoire et encouragement au refus.
Phénomène final : Sensation de fort ramollissement au contact tissulaire, sensation de séparation des deux mains, chaleur parfois intense. Souvent inspiration profonde du patient, et parfois du praticien. Les tentatives pour reprendre un nouveau cycle de libération ne donnent plus rien.

Relâchement des insertions de la faux du cerveau
Mise en place : Patient et praticien placés comme pour le relâchement de la faux du cervelet. Le praticien prend contact avec les pouces, pulpe placée de chaque côté de la suture sagittale, le plus loin possible en arrière vers le lambda.
Leviers et points d'appui : Comme pour les techniques précédentes.



Relâchement des insertions de la faux du cerveau sur la suture sagittale.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur les insertions de la faux du cerveau.

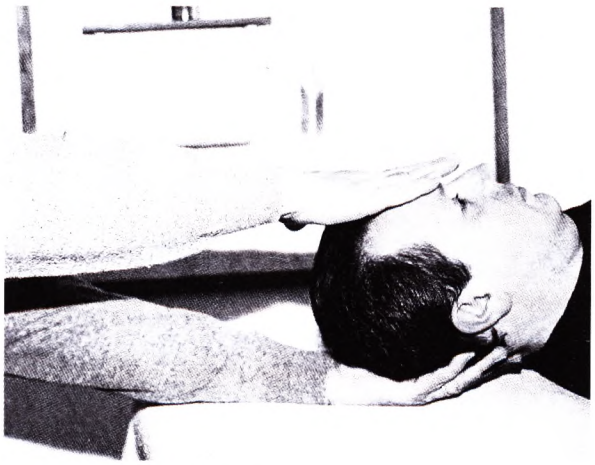
Paramètres objectifs : Se syntoniser avec la densité en comprimant lentement et légèrement vers les pieds du patient. Notons que pour assurer cette compression, le praticien utilise essentiellement le poids du corps qu'il porte en avant, les pouces étant l'extrémité des leviers. La tension est donnée en étendant légèrement les doigts. Lorsque la sensation devient plastique, les pouces sont resserrés l'un vers l'autre ce qui suffit à initier la libération.

Réalisation de la technique : Lorsque la sensation de plasticité est présente, le praticien resserre très lentement les pouces l'un vers l'autre et analyse la réponse spontanée des structures sous sa compression, en les accompagnant dans leur plus grande densité. Il suit tout mouvement qu'il perçoit jusqu'au retour à une position d'équilibre entre les deux mains, et l'apparition d'un still-point suivi d'une expansion tissulaire (sensation d'écartement des pouces).

Plusieurs cycles peuvent être nécessaires. En cas d'arrêt en contrainte, utiliser les aides habituelles : apnée expiratoire et encouragement au refus.

Phénomène final sur un point d'appui : Sensation de fort ramollissement au contact tissulaire, sensation de séparation des deux mains. Souvent inspiration profonde du patient, et parfois du praticien. Les tentatives pour reprendre un nouveau cycle de libération ne donnent plus rien.

Des cycles successifs : Le praticien déplace alors ses pouces de quelques centimètres vers le bregma, et initie un nouveau cycle de libération. Il progresse ainsi le long de la suture sagittale, pour continuer sur l'insertion frontale de la faux, jusqu'à la crista galli.



Relâchement du pôle antérieur de la faux du cerveau.

Dernier temps : Il se réalise sur le pôle antérieur de la faux. Une main contrôle l'occiput, l'autre contacte le frontal, juste au-dessus de la glabelle avec la pulpe de la première phalange du médius, tendu, renforcé par le contact de l'index et de l'annulaire. Le bras du praticien est tendu pour éviter la rupture des leviers dans la transmission de la puissance.

La densité est trouvée en comprimant doucement la main frontale vers la table et en suivant la réponse spontanée des tissus sous la poussée. La compression est donnée par le poids du corps du praticien qui se penche en avant. La perception est celle d'une plasticité épaisse, lourde, les mouvements sont lents et *pâteux*. Plusieurs cycles sont là encore courants. Le phénomène final est marqué par l'arrêt en position neutre, un still-point suivi d'une expansion nette de la structure, souvent accompagnée d'une sensation de chaleur.

Remarque : Pour le relâchement de la faux du cerveau au niveau de la suture sagittale, la prise est habituellement montrée pouces croisés. Cette manière de faire initie presque automatiquement une séparation de la suture. Or, nous savons qu'avec notre approche, la demande spontanée des tissus est plutôt la compression, le resserrement. C'est la raison pour laquelle nous préférons ne pas croiser les pouces, ce qui permet d'accompagner beaucoup plus facilement les tissus dans leur demande de compression.

Après la technique

Il est indispensable de réaliser un crâne/bassin/crâne pour réharmoniser le système corporel très modifié par la technique et de le recentrer sur son axe duremérien. Les mouvements alors perçus au niveau de la boule crânienne ne laissent aucun doute sur les changements apportés par la technique dans l'ensemble du système.

PÔLE INFÉRIEUR DE LA DURE-MÈRE

Indication de la technique

L'indication tissulaire est obtenue lors de la technique globale du bassin. La main sacrée perçoit le sacrum comme extrêmement dense, *pierreux*, notamment dans sa partie médiane.

Réalisation de la technique

Mise en place : Patient allongé sur le ventre, praticien debout à côté de lui au niveau du bassin. Par la main caudale, le praticien prend un contact très léger avec la crête sacrée par les deux premières phalanges du médius *en extension*. La main céphalique vient enserrer l'autre main. Elle permettra d'aller à la rencontre de la densité et de la tension, l'autre main étant plus spécialisée dans la perception.

Relâchement du pôle inférieur de la dure-mère : placement des mains.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui est au sol, au niveau des pieds du praticien.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur le pôle inférieur de la dure-mère. L'intention générale est de remettre la structure en communication en se synchronisant avec sa densité et sa tension. Des cycles d'intention successifs sont utilisés pour la mise en place des paramètres objectifs.

Paramètres objectifs : Pour aller dans la densité, le praticien écarte les coudes et se déporte vers l'avant, le poids du corps venant doucement, passivement et progressivement comprimer les tissus sacrés. La tension est progressivement augmentée en serrant très lentement et progressivement la main céphalique sur la main caudale, jusqu'à la perception de la sensation de plasticité.

Réalisation de la technique : Le praticien met en place les différents paramètres et suit la réponse spontanée des structures sous sa main, jusqu'au niveau de densité maximale. Le mouvement est lent, lourd, épais. Il suit la structure jusqu'au retour au point neutre, au still-point et à l'expansion. Si l'expansion ne lui semble pas suffisante, il cherche à initier un autre cycle pour relâcher davantage. S'il y a arrêt en position de contrainte, il peut utiliser les aides habituelles, notamment apnée expiratoire et incitation au refus.

Phénomène final : Après plusieurs cycles, les tissus reviennent en position neutre, marquent un still-point plus ou moins long et donnent une expansion importante, accompagnée d'une sensation de fonte tissulaire, de ramollissement et de chaleur. Souvent, le patient inspire profondément.

Remarque : Ne pas oublier d'adapter les paramètres objectifs aux changements tissulaires survenant avec les libérations.

Après la technique

Le crâne/bassin/crâne s'impose naturellement avant la poursuite des investigations et du traitement.

Technique sacro-coccygienne

La même technique peut s'utiliser pour traiter coccyx et articulation sacro-coccygienne. Seule change la position des mains du praticien : c'est la main céphalique qui est au contact direct des structures, alors que la main caudale vient par-dessus en renforcement. La réalisation de la technique est identique à la précédente.

Approche sacro-coccygienne : placement des mains.

TECHNIQUE VERTÉBRALE GLOBALE

Cette technique nous a été montrée par Viola Frymann dans les années 70. Elle s'intéresse à la colonne et à la dure-mère prises dans leur ensemble. Elle se déroule en plusieurs cycles successifs se localisant à différents niveaux vertébraux. En voyant le patient tourner sur lui-même, parfois rapidement, nous est venue l'idée de l'appeler très irrévérencieusement *technique du derviche*.

Réalisation de la technique

Mise en place : Le patient est assis en bord de table, un tabouret sous les pieds pour le stabiliser. Une meilleure position existe, si la table n'est pas trop large : à califourchon à l'extrémité de la table. Le praticien est debout derrière lui. La hauteur de la table doit être réglée pour les épaules du patient soient approximativement à la hauteur de celles du praticien qui prend contact avec les coudes sur les faces latérales des épaules de son patient, les doigts venant s'entrecroiser au-dessus et en avant du vertex. Il demande au patient de rentrer le menton et accompagne le mouvement qui a pour effet d'étirer la nuque en arrière.

Technique vertébrale globale : mise en place.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui est reporté au sol, au niveau des pieds du praticien. Vue la longueur du bras de levier, les mouvements engendrés par la libération peuvent être très amples.

Point important : Les doigts croisés doivent être placés très en avant du crâne du patient de manière à ne pas permettre à la nuque de se creuser en arrière en cours de technique, ce qui détendrait les structures, notamment la dure-mère, et arrêterait le déroulement tissulaire. En revanche, il convient que l'appui à partir du vertex soit extrêmement léger : les doigts sont juste posés.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur l'ensemble vertébral, du vertex au coccyx.

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en deux temps : dans le premier temps, le praticien resserre lentement les épaules du patient avec ses coudes, tout en suivant la direction spontanée proposée par les structures et en suivant l'information tissulaire dès qu'elle apparaît. Puis, il donne une très légère impulsion de compression à partir du vertex et suit l'onde qu'il a initiée, les tissus lui indiquant spontanément la direction à suivre.

Réalisation de la technique : La première perception est bien souvent l'impression que les structures se compriment lentement à partir du vertex, puis, un mouvement s'engage à partir d'un niveau vertébral que le praticien peut souvent localiser. Ce niveau varie considérablement d'un patient à l'autre. Le praticien ne le connaît pas par avance. Ce sont les structures qui le lui indiquent. Il convient donc d'être très présent et à l'écoute de cette information. À partir du moment où le mouvement démarre et où le praticien a localisé d'où il démarre, il focalise son attention spécifiquement sur le niveau qu'il a repéré et suit les structures tissulaires dans les mouvements présentés.

Le plus souvent, plusieurs cycles s'enchaînent, chaque fin de cycle étant marqué par un retour des structures à la position neutre, un still-point plus ou moins long et la sensation que le patient grandit légèrement. Un nouveau cycle peut alors être initié qui donnera un déroulement généralement centré sur une zone vertébrale différente.

Arrêt en contrainte : Il arrive souvent que les structures s'arrêtent en position de contrainte. La meilleure aide consiste à demander au patient une apnée expiratoire. Le mouvement repart spontanément avec l'inspiration qui suit.

Affaissement du patient en arrière : Le praticien a souvent la perception que le corps du patient demande à aller vers l'arrière. S'il accède à cette demande, le patient s'affaisse et le mouvement s'arrête. Lorsque la demande est perçue, le praticien ne recule pas mais fait comme s'il acceptait que le corps du patient *rentre en lui*, s'appuie plus fortement sur lui. Cela évite l'affaissement et permet aux tissus de repartir dans leur déroulement.

Phénomène final : Après un retour au neutre, un still-point marqué, plus ou moins long, le praticien a la sensation d'un important grandissement du patient, souvent accompagnée d'une profonde inspiration (du patient et parfois du praticien). Cela correspond à l'expansion tissulaire déjà décrite pour d'autres techniques. S'il tente ensuite d'initier d'autres cycles, les tissus ne lui donnent plus rien. Le patient exprime souvent, lui aussi, la sensation de se sentir plus grand.

Après la technique

Le crâne/bassin/crâne s'impose absolument avant de poursuivre quoi que ce soit. Les mouvements donnés par le système crânien disent à eux seuls à quel point ce type de technique modifie les équilibres profonds du système corporel du patient.

QUESTIONS / RÉPONSES

J'ai du mal avec cette technique. Je perds très vite le mouvement.

La difficulté est effectivement de conserver la synchronisation avec le mouvement qui est ici souvent très ample. Une des raisons majeures vient du fait qu'au lieu d'accompagner les structures dans les directions qu'elles indiquent, le praticien se demande si ce sont vraiment les tissus du patient qui incitent le mouvement ou si c'est lui… Cette demande suffit à elle-même à arrêter le processus, parce qu'elle établit une distance, une séparation, un doute entre le praticien et ce qu'il perçoit, conduisant à une invalidation inconsciente de la perception, qui disparaît. Une fois le mouvement démarré, il convient vraiment de le suivre sans plus se poser de questions. Sinon, c'est l'arrêt assuré.

Je ne parviens pas à conserver l'accord avec l'ensemble des paramètres, de sorte que très vite, je suis dans la confusion et ne perçois plus rien.

Les paramètres sont importants pour permettre à la structure de commencer à libérer l'énergie dans le mouvement. Mais lorsque le mouvement a démarré, lui seul est vraiment important, parce qu'il témoigne de la libération. Densité et tension deviennent donc, à ce moment, secondes. Ce qui reste important, c'est la focalisation de l'attention sur le niveau qui centre le mouvement tissulaire, puisque c'est de là qu'il part.

J'ai un problème de gabarit. Lorsque j'ai les coudes au contact des épaules du patient, je ne peux croiser les doigts au-dessus de son vertex.

Dans ce cas, le contrôle de la tête peut se faire par un contact latéral des mains. Mais n'oubliez pas de faire rentrer le menton pour étirer la nuque postérieurement.

Je comprends bien l'image des perles enfilées sur le fil dure-mérien, mais la dure-mère étant réputée inextensible, comment peut-elle se rétracter ?

Je vois plusieurs éléments permettant de répondre à cette question. Le premier, est qu'aucune structure vivante n'est totalement inextensible. La dure-mère est donc seulement *relativement* inextensible, comparée aux autres structures corporelles. Par ailleurs, puisqu'elle est vivante, elle répond aux lois fondamentales posées par le modèle choisi concernant les structures vivantes, c'est-à-dire communication et refus de communiquer, donc possible rétraction.

De plus, pour la dure-mère comme pour les autres structures corporelles, les rétentions se créent essentiellement au niveau des insertions, à cause de la rupture dans l'homogénéité de la densité des structures qui passent du moins dense au plus dense (l'os). Une densité au niveau d'une insertion a d'autant plus de conséquences sur la structure qui s'y attache qu'elle est moins élastique.

Enfin, on dit que la dure-mère ne contracte quasiment aucune insertion entre les premières cervicales et le sacrum, mais les avis divergent sur ce point. Et, si cela est vrai pour le seul manchon dure-mérien, restent les annexes de ce manchon, c'est-à-dire les autres éléments méningés qui eux contractent des insertions entre eux et avec le contenant.

Cela peut être particulièrement intéressant pour le manchon dure-mérien accompagnant les nerfs rachidiens.

AXE OSTÉO-ARTICULAIRE CRÂNIEN

L'axe crânien est constitué par une succession d'os articulés entre eux, dépendant directement ou indirectement les uns des autres. Au centre, la sphéno-basilaire, en avant et en bas la chaîne sphénoïde, vomer, palatins/maxillaires supérieurs, et en avant et en haut, la chaîne sphénoïde, ethmoïde, frontal.
Il existe souvent dans ces articulations des mécanismes de contrainte (*strain*) tel que ce type de traumatisme est défini dans le concept crânien, c'est-à-dire blocage de deux os en position physiologiquement opposée. Ce mécanisme a été classiquement décrit pour la symphyse sphéno-basilaire, mais il existe tout aussi fréquemment entre les autres articulations de l'axe, impliquant sphénoïde, ethmoïde, frontal, vomer, palatins et maxillaires supérieurs. De telles anomalies créent une grande rigidité sur tout l'axe crânien et partant, dans tout le système crânio-vertébral et corporel. Elles sont particulièrement fréquentes après un whiplash. Il est donc important de libérer et d'équilibrer l'ensemble de la chaîne ostéo-articulaire axiale.

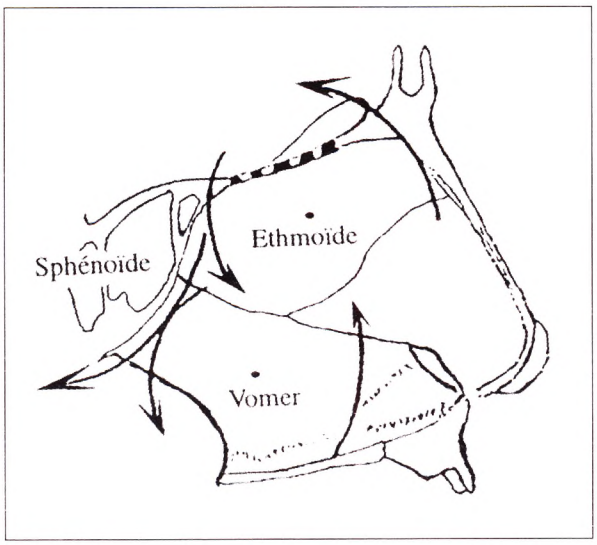


Figure 22. L'axe ostéo-articulaire crânien.

Indication tissulaire

La perception tissulaire crânienne est celle du diabolo dur. Le diabolo a déjà été évoqué comme la sensation d'un crâne séparé en deux parties par un mur sagittal, les deux côtés ne communiquant pas entre eux. Nous avons déjà parlé du *diabolo mou*, perception de séparation disparaissant lorsque la synchronisation avec les structures crâniennes dépasse la densité membraneuse pour devenir plus profonde. Ici, la perception, au lieu de disparaître, devient au contraire de plus en plus forte au fur et à mesure que le praticien se synchronise avec des structures de plus grande densité. C'est la raison pour laquelle nous parlons de *diabolo dur*. L'impression d'un centre dense, dur, immobile domine. Cela ressemble beaucoup à la compression sphéno-basilaire. Cette densité indique une altération sur l'axe ostéo-articulaire crânien. La technique s'effectue en trois temps réalisés en séquence.

Premier temps : équilibration entre les pôles antérieur et postérieur

Mise en place : Le patient est allongé sur le dos, le praticien est debout à côté, au niveau du crâne et glisse sa main céphalique sous l'occiput de telle manière que l'extrémité des doigts vienne au contact de la musculature cervicale postérieure. L'occiput repose dans la paume de la main et le vertex du patient doit être en contact avec la face antérieure de l'avant-bras du praticien, pour la stabilisation. L'*index* de l'autre main, recouvert d'un doigtier, contacte la suture inter-maxillaire du patient, juste en avant de la suture cruciforme (il ne sert à rien d'aller plus loin). Le praticien est légèrement penché en avant, *coudes écartés*.
Leviers et points d'appui : Le point d'appui se trouve au sol, au niveau des pieds du praticien.
Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence).

Technique de l'axe ostéo-articulaire crânien.
Premier temps : pôles antérieur et postérieur.

Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur l'axe ostéo-articulaire crânien dans son ensemble. L'intention est d'entrer en communication avec les structures pour libérer des rétentions. Des cycles d'intention successifs serviront également à la mise en place des paramètres objectifs.

Paramètres objectifs : La densité est mise en place en initiant très lentement une compression entre les deux mains à la rencontre l'une de l'autre et surtout, en suivant la réponse spontanée des tissus et en les accompagnant dans la direction qu'ils indiquent, jusqu'à la densité maximale. La tension se met spontanément en place en fermant et en serrant les autres doigts de la main buccale.

Réalisation de la technique : Il convient de suivre les structures tissulaires dans toutes les directions qu'elles indiquent (cela peut être très déroutant, parce que totalement *aphysiologique*) jusqu'au retour au neutre, still-point plus ou moins long et sensation d'une légère expansion (écartement des mains). Le plus souvent, plusieurs cycles s'enchaînent avant d'arriver à la fin de la technique.

Phénomène final : Après un ou plusieurs cycles, retour au neutre, still-point plus ou moins long et sensation de grande expansion (écartement des mains), suivie de l'apparition de la physiologique biomécanique connue (flexion/extension).

Remarque : Il peut arriver que les mouvements perçus dans la main postérieure ne soient pas en concordance avec ceux de la main antérieure (flexion postérieure, extension antérieure, par exemple). Cela signifie que ce n'est pas la physiologie qui est perçue, mais que les tissus continuent un déroulement. Poursuivre jusqu'à perception du still-point, expansion et apparition de la mobilité biomécanique physiologique.

Deuxième temps : la chaîne antérieure et inférieure

Rappelons que nous désignons ainsi la succession sphénoïde, vomer, palatins/maxillaires supérieurs.

Mise en place : Les positions du patient et du praticien sont inchangées. La main intra-buccale ne change pas ; la main qui contrôlait l'occiput vient maintenant contrôler le sphénoïde, pouce et index ou médius enserrant les grandes ailes, pression juste nécessaire au contrôle tissulaire. Le praticien est légèrement penché en avant, *coudes écartés*.

Leviers et points d'appui : Au sol, au niveau des pieds du praticien.

Technique de l'axe ostéo-articulaire crânien.
Deuxième temps : chaîne antéro-inférieure.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la partie antéro-inférieure de l'axe ostéo-articulaire crânien. L'intention est de communiquer avec la structure pour libérer des rétentions. Des cycles d'intention successifs serviront également à la mise en place des paramètres objectifs.

Paramètres objectifs : La densité est mise en place en initiant très lentement une compression des deux mains l'une vers l'autre, en suivant la réponse spontanée proposée par les tissus et en les accompagnant dans la direction qu'ils indiquent jusqu'à la densité maximale. La tension se met spontanément en place en fermant et en serrant les autres doigts de la main buccale.

Réalisation de la technique : Il convient de suivre les structures tissulaires dans toutes les directions qu'elles indiquent (elles peuvent être totalement aphysiologiques) jusqu'au retour au neutre, still-point plus ou moins long et sensation d'une légère expansion (écartement des mains). Plusieurs cycles peuvent s'enchaîner avant d'arriver à la fin de la technique.

Phénomène final : Après un ou plusieurs cycles, retour au neutre, still-point plus ou moins long et sensation d'une grande expansion (écartement des mains), suivie de l'apparition de la physiologique biomécanique connue (flexion/extension).

Remarque : La remarque formulée sur la disparité dans les mouvements perçus dans les structures s'applique ici. Poursuivre jusqu'à perception du still-point, expansion et apparition de la mobilité biomécanique physiologique.

Troisième temps : la chaîne antérieure et supérieure

La chaîne antérieure et supérieure de l'axe crânien est constituée par le sphénoïde, l'ethmoïde et le frontal.

Mise en place : Positions respectives du patient et du praticien inchangées. Le praticien contrôle maintenant le sphénoïde en enserrant les grandes ailes entre pouce et index ou médius de la main caudale. L'autre main contrôle le frontal avec le pouce placé sur la ligne médiane, juste au-dessus de la glabelle.

Leviers et points d'appui : Au sol, au niveau des pieds du praticien.

Technique de l'axe ostéo-articulaire crânien.
Troisième temps : chaîne antéro-supérieure.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la partie antéro-supérieure de l'axe ostéo-articulaire crânien. L'intention est de communiquer avec la structure pour libérer des rétentions. Des cycles d'intention successifs serviront également à la mise en place des paramètres objectifs.

Paramètres objectifs : La densité est mise en place en initiant très lentement une compression des deux mains à la rencontre l'une de l'autre, en suivant la réponse spontanée proposée par les tissus et en les accompagnant jusqu'à la densité maximale. La tension se met spontanément en place en fermant et en serrant légèrement les contacts osseux et les doigts étendus de la main frontale.

Réalisation de la technique : Suivre les structures tissulaires dans toutes les directions qu'elles indiquent (même totalement aphysiologiques) jusqu'à retour au neutre, still-point plus ou moins long et sensation d'une légère expansion (écartement des mains). Plusieurs cycles peuvent s'enchaîner avant d'arriver à la fin de la technique.

Phénomène final : Après un ou plusieurs cycles, retour au neutre, still-point plus ou moins long et sensation d'une grande expansion (écartement des mains), suivie de l'apparition de la physiologique biomécanique connue (flexion/extension).

Remarque : La remarque sur la disparité dans les mouvements perçus dans les structures s'applique ici. Poursuivre jusqu'à perception du still-point, expansion et apparition de la mobilité biomécanique physiologique.

Après la technique

Le crâne/bassin/crâne s'impose et les mouvements qui se manifestent tant au crâne qu'au bassin ne laissent aucun doute sur les changements intervenus dans la globalité du système.

Remarque importante : Si la technique provoque des réactions, c'est qu'un des trois temps est incomplet. Il convient de la reprendre et de terminer chacun des temps, jusqu'à harmonisation complète. Terminer par crâne/bassin/crâne.

QUESTIONS / RÉPONSES

Doit-on réaliser le crâne/bassin/crâne après chaque temps ou après les trois ?

Après les trois temps.

L'ordre des trois temps est-il important ?

Les temps deux et trois peuvent être inversés. Ils sont ainsi ordonnés pour ne pas avoir à bouger la main buccale.

Peut-on, comme pour la dure-mère, ne réaliser qu'une partie de la technique ?

Je vous le déconseille fortement. Tous les os de l'axe dépendant directement ou indirectement les uns des autres, il convient de s'assurer que l'ensemble est harmonisé. Il y aura probablement plus de mouvement dans la libération d'une partie ou de l'autre, mais au-delà de la libération, l'harmonisation de l'ensem-

ble de la chaîne est essentielle et vous ne pourrez l'obtenir qu'en réalisant les trois temps. La cause principale des réactions suivant cette technique vient de ce que l'harmonisation est incorrecte.

Puisque les problèmes sur la chaîne sont consécutifs au whiplash, ne faudrait-il pas réaliser cette technique systématiquement ?

C'est toujours possible, mais il me semble important de répondre à la demande exacte des tissus, et c'est la palpation qui nous l'indique. Si je n'ai pas l'indication palpatoire, je ne réalise pas la technique. L'action systématique conduit à agir sans être certain d'être en adéquation avec la demande de la structure tissulaire du patient. Les réponses sont toujours moins bonnes. L'expérience me montre journellement que la collaboration de la structure vivante est d'autant meilleure que je parviens à me mettre en adéquation avec son besoin réel.

SPHÈRE POSTÉRIEURE CRÂNIENNE

Indication tissulaire

Après la phase 1 ou 3, lorsque le praticien reprend le crâne avec la prise à huit doigts et se synchronise avec la densité, l'intention étant d'obtenir de l'information, il a la nette perception que la densité crânienne est globalement postérieure.

Sphère postérieure globale

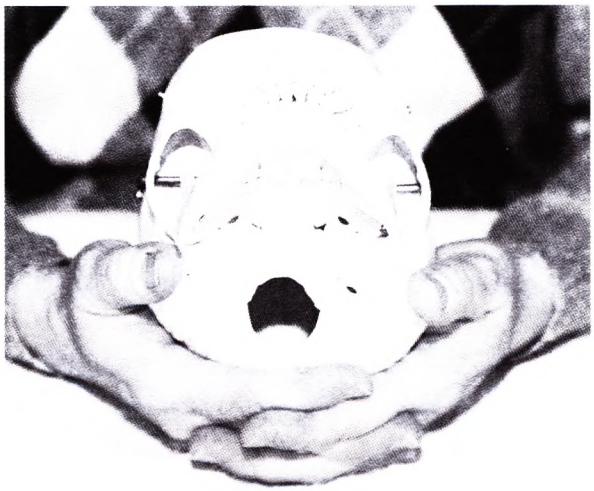
Mise en place : Praticien assis à la tête du patient allongé sur le dos, suffisamment éloigné pour pouvoir reposer coudes et avant-bras sur la table. Le praticien entrecroise les doigts sous l'occiput et place les pouces le long des apophyses mastoïdes des temporaux.

Leviers et points d'appui : Avant-bras et coudes constituent deux appuis secondaires, l'assise au niveau du bassin du praticien, le point d'appui principal.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur l'ensemble de la sphère postérieure crânienne. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire postérieure, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour trouver la synchronisation avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : Mise en place de la densité en resserrant lentement et légèrement la structure postérieure crânienne et en analysant et suivant la réponse spontanée des tissus. La tension est donnée en resserrant lentement et légèrement les doigts avec les muscles intrinsèques de la main.

Réalisation de la technique : Le praticien suit tout mouvement qu'il perçoit jusqu'à retour à une position d'équilibre entre les deux mains, apparition d'un still-point suivi



Sphère postérieure globale. Mise en place des doigts.

Sphère postérieure globale. Position générale.

d'une expansion tissulaire, s'accompagnant souvent d'une inspiration du patient (et parfois du praticien).

Plusieurs cycles sont nécessaires. Très souvent, un côté de la sphère postérieure apparaît nettement plus dense que l'autre. Le praticien focalise alors son attention, son intention et ses forces de compression dessus, tout en suivant les indications tissulaires, à la recherche de la plus grande densité. Lorsque ce côté s'est libéré, les structures postérieures reviennent au neutre et c'est alors souvent l'autre côté qui appelle et demande attention et intention focalisées. Le praticien continue ainsi jusqu'à la fin de la technique. En cas d'arrêt en contrainte, utiliser les aides habituelles, notamment ici, apnée expiratoire et encouragement au refus.

Phénomène final : Retour au neutre de la sphère postérieure, still-point plus ou moins long, expansion importante de la zone avec sensation de ramollissement et de chaleur. Toute tentative pour initier un nouveau cycle ne donne plus rien.

Première remarque : Il peut arriver que la densité au niveau d'un temporal, notamment au niveau de l'articulation occipito-mastoïde soit telle que l'approche globale même en focalisant attention, intention, densité et tension sur la zone ne suffise pas à la libération. Il convient alors de réaliser une technique spécifique sur l'articulation, décrite plus loin.

Seconde remarque : La sphère postérieure est le verrou habituel des cervicales. Dans notre approche, le traitement de la colonne cervicale ne s'envisage pas sans avoir auparavant libéré la sphère postérieure crânienne.

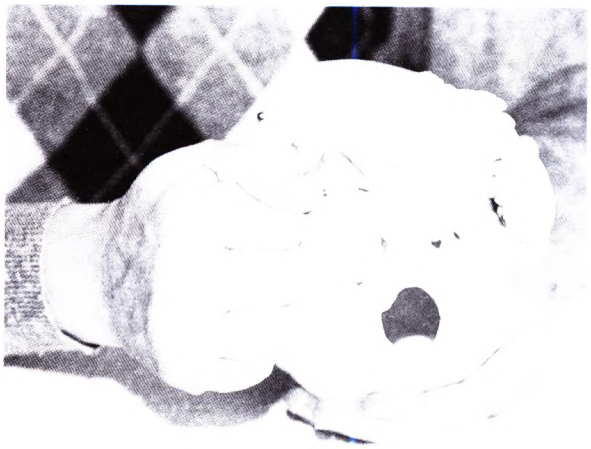
Temporal : région occipito-mastoïde par technique directe

Indication tissulaire : Au cours de la technique globale de sphère postérieure, la densité se focalise sur une des zones occipito-mastoïdes ; malgré la focalisation de l'attention, de l'intention, de la densité et de la compression dans cette zone, malgré le recours à l'apnée expiratoire et de l'incitation au refus, la libération ne se fait pas.

Mise en place (pour occipito-mastoïde droite) : Patient et praticien comme ci-dessus. Le praticien contrôle l'occiput avec la main opposée au temporal à traiter (ici gauche), doigts perpendiculaires à l'axe crânien, pouce au contact avec le côté du crâne, pour le stabiliser. Les doigts de la main occipitale n'ont pas besoin d'être très proches de l'articulation occipito-mastoïde.

Le contrôle du temporal ne se fait pas avec l'habituelle prise dite *papillon*, excellente pour l'évaluation de la mobilité temporale, mais ne procurant pas une puissance suffisante pour atteindre la densité parfois très forte à ce niveau. Nous proposons trois prises pour le temporal, à utiliser, au choix.

Première prise temporale : Le temporal est contrôlé avec la face dorsale des deuxièmes phalanges des doigts repliés de la main temporale (ici droite). Les doigts sont placés de manière telle que la face dorsale de la seconde phalange du médius se pose à plat au niveau du conduit auditif externe. La face dorsale de l'index vient alors au contact de l'apophyse zygomatique et celle de l'annulaire au niveau de la mas-



Articulation occipito-mastoïde droite : position de la main occipitale.

Articulation occipito-mastoïde droite : contrôle temporal (1).

toïde (pavillon de l'oreille interposé) (voir photo). Le point d'appui du coude est important.

Deuxième prise temporale : Le talon de la main prend contact avec le temporal (ici droit) au niveau du conduit auditif externe. La main est ouverte et les doigts sont tendus. Le point d'appui du coude est important.

Troisième prise temporale : Le temporal est contrôlé par le contact de la première phalange du médius étendu, posé juste en arrière de l'apophyse mastoïde qui sert de butée (voir photo). La main est ouverte, les doigts étendus. Le point d'appui du coude est important.

Leviers et points d'appui : Les coudes du praticien donnent deux points d'appui secondaires, le point d'appui principal étant reporté à son assise au niveau du bassin.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la région occipito-mastoïde à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour trouver la synchronisation avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en comprimant lentement les deux mains l'une vers l'autre, c'est-à-dire en poussant temporal vers occiput et occiput vers temporal, et en analysant la réponse spontanée proposée des tissus. Cette réponse est importante car c'est grâce à elle que les tissus vont emmener le praticien vers la densité maximale, où qu'elle se trouve dans la structure. La densité peut être très importante dans cette région. Il convient d'aller aussi profondément que nécessaire, tout en conservant une sensation de plasticité. La tension est donnée en resserrant les doigts les uns contre les autres ou en serrant davantage ceux qui sont repliés (selon le contrôle temporal adopté).

Réalisation de la technique : Les tissus emmènent vers leur densité maximale. La mobilité est lente, lourde, *épaisse*. Des arrêts en contrainte sont fréquents ; ils nécessitent le recours aux aides habituelles que sont apnée expiratoire et incitation au refus. Plusieurs cycles sont en général nécessaires, chacun marqué par un retour à l'équilibre relatif des structures, still-point et légère expansion, avant qu'un nouveau cycle ne reprenne.

Phénomène final : Retour des structures à la position neutre, still-point plus ou moins long, belle expansion tissulaire, inspiration du patient (et parfois du praticien), sensation de chaleur et de ramollissement net des structures. Toute tentative pour ré-initier un nouveau cycle de libération est vaine. Les structures sont senties comme *flottantes*.

Après la technique : Reprise de la sphère postérieure globale, pour terminer les cycles commencés et non terminés, puis crâne/bassin/crâne.

Articulation occipito-mastoïde droite : contrôle alternatif temporal (2).

Articulation occipito-mastoïde droite : contrôle alternatif temporal (3).

Temporal : région occipito-mastoïde par v-spread modifié

Indication tissulaire : La même que pour l'occipito-mastoïde ci-dessus.

Mise en place : Patient et praticien comme ci-dessus. Le praticien *s'intéresse à la zone dense occipito-mastoïde*, et non particulièrement à l'articulation. Il place donc la face palmaire de la deuxième phalange du médius au contact de la densité. Le doigt est étendu (non pas fléchi). L'autre main se place à plat dans la région crânienne diamétralement opposée.

Leviers et points d'appui : Les coudes constituent les points d'appui secondaires, le point d'appui principal étant reporté à son assise au niveau du bassin.

V-spread modifié : recherche du rebond.

V-spread modifié : mise en place.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la région occipito-mastoïde à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour trouver la synchronisation avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : Plusieurs temps se succèdent pour la mise en place de la densité.

Recherche de la zone de rebond : le doigt qui est au contact de la densité occipito-mastoïdienne comprime la structure vers le pôle opposé crânien. L'autre main est placée à plat dans la région diamétralement opposée et cherche à localiser où l'onde envoyée par le médius rebondit. Sur la zone de rebond, le praticien vient maintenant placer le talon de la main, poing fermé. Un premier temps de densité est trouvé en comprimant les structures de ce côté vers la zone dense, et en suivant la réponse spontanée des tissus sous la poussée, jusqu'à la densité maximale possible, tout en préservant la perception de plasticité. À partir de maintenant, cette main ne bouge plus. Le second temps de densité est trouvé à partir de la zone dense qui est comprimée à son tour en suivant la réponse spontanée des tissus, jusque vers la densité maximale.

Réalisation de la technique : Suivre les tissus du côté de la densité jusqu'à leur densité maximale. La mobilité est lente, lourde, *épaisse*. Plusieurs cycles s'enchaînent avec retour au neutre, still-point et légère expansion. L'apnée expiratoire et l'incitation au refus peuvent être utilisées en cas d'arrêt en contrainte.

Phénomène final : À la fin d'un cycle, retour au neutre, still-point qui peut durer, sensation de grande expansion sous le doigt au contact de la densité, comme s'il était repoussé par les tissus, sensation de ramollissement et de chaleur et souvent grande inspiration du patient et parfois du praticien.

Après la technique : Comme pour l'autre technique d'occipito-mastoïde, réajuster globalement la sphère postérieure, puis le système entier avec le crâne/bassin/crâne.

Remarques : Sutherland et ses successeurs expliquent l'action du v-spread par le liquide céphalo-rachidien. J'ai déjà évoqué mes réticences à ce propos. Il me semble que l'on peut interpréter l'action du v-spread par d'autres éléments, les uns

d'ordre objectif (mécanique), les autres d'ordre subjectifs (la communication).
Puisque le système est modélisé comme un ensemble pulsatile plastique, le fait d'imposer un point de limitation à un endroit va forcer le pôle opposé à s'ouvrir. On peut interpréter la sensation d'ouverture comme l'arrivée d'une onde, mais également comme une expansion obligée.
Par ailleurs l'attention et l'intention focalisées sur la zone dense, associées à l'accompagnement du mouvement de libération permettent d'expliquer la remise en communication et les changements tissulaires subséquents.

Temporal : région temporo-mandibulaire

Indication tissulaire : Après une phase 1 ou 3, le praticien se synchronise avec la densité, avec l'intention d'obtenir de l'information. Il perçoit une densité immédiatement en avant du conduit auditif externe.

Mise en place : Praticien assis à la tête du patient allongé sur le dos, suffisamment éloigné pour pouvoir reposer coudes et avant-bras sur la table. Le praticien entrecroise les doigts sous la mandibule du patient, talons des mains au contact des angles mandibulaires. Attention de ne pas contraindre les tissus antérieurs du cou.

Technique temporo-mandibulaire.

Leviers et points d'appui : Les coudes du praticien donnent deux points d'appui secondaires, le point d'appui principal étant reporté à son assise au niveau du bassin.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la région temporo-mandibulaire. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire afin de libérer de l'énergie.
Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour trouver la synchronisation avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : La densité est recherchée en comprimant très légèrement les angles mandibulaires l'un vers l'autre, puis lentement la mandibule vers les temporaux. La tension, se trouve en serrant légèrement les doigts les uns contre les autres avec les muscles intrinsèques de la main.

Réalisation de la technique : Très souvent le praticien se sent nettement *aspiré* vers un côté plus que l'autre. Il focalise alors attention, intention et forces de compression vers ce côté et laisse les tissus l'emmener vers leur densité maximale. La compression peut être très forte et les arrêts en contrainte fréquents ; ils nécessitent le recours aux aides habituelles que sont apnée expiratoire et incitation au refus. Plusieurs cycles sont en général nécessaires, chacun marqué par un still-point et un léger relâchement de la mandibule, avant qu'un nouveau cycle ne reprenne.

Phénomène final : La mandibule qui semblait aspirée d'un côté vers le temporal semble soudain flotter et redescend spontanément, comme si ce qui la tirait vers le haut avait brusquement cédé. Souvent alors, l'autre côté semble à son tour se rétracter et il convient de le traiter comme le premier. En fin de technique, la mandibule semble être redescendue et toute tentative pour ré-initier un nouveau cycle de libération est vaine. La mandibule est ressentie comme *flottante*.

Après la technique : Reprise de la sphère postérieure globale, pour terminer les cycles commencés et non terminés, puis crâne/bassin/crâne.

Remarque : Les densités mandibulaires sont particulièrement fréquentes et associées aux densités de la base du crâne. Elles maintiennent souvent des restrictions cervicales.

QUESTION / RÉPONSE

Nos enseignants nous ont mis en garde contre les réactions intempestives suivant le travail sur les occipito-mastoïdes. Ils recommandent en particulier de ne pas traiter les deux au cours d'une même séance. Qu'en pensez-vous ?

Je suppose que des réactions intempestives ont conduit nombre de praticiens et d'enseignants à se méfier de la libération occipito-mastoïde. Il en résulte des inhibitions que les étudiants projettent dans les tissus des patients dont les réponses sont alors altérées. Trois éléments peuvent, me semble-t-il, être invoqués pour comprendre ces difficultés : la mise en place de la technique, la méconnaissance des phénomènes de libération par cycles successifs et la non-réharmonisation du système corporel.

La prise *papillon* que nous avons évoquée (médius dans le conduit auditif, zygomatique contrôlée par le pouce et l'index) ne donne pas suffisamment de puissance pour atteindre les grandes densités, de sorte que les libérations sont incomplètes, des cycles restant inachevés, provoquant des inconforts parfois importants. Avec l'approche proposée, la puissance est suffisante pour pouvoir terminer les cycles de libération et je n'hésite pas à traiter les deux occipito-mastoïdes si l'indication tissulaire m'y invite.

Par ailleurs, la non-conscience des phénomènes de libération par cycles successifs peut amener le praticien à initier un processus et à ne pas le mener jusqu'à son terme. Il remet en mouvement énergie et information sans permettre la totale libération. Si des réactions surviennent après cette technique, il convient de la reprendre pour s'assurer que tous les cycles ont été terminés. Alors, paradoxalement, la technique qui a déclenché la réaction est celle qui y met fin.

Surtout, ne pas oublier de réharmoniser globalement la sphère postérieure, puis l'ensemble du système corporel avec le crâne/bassin/crâne.

Pour terminer, j'ajouterai que je considère la sphère postérieure crânienne et les temporaux comme la clé de la nuque et dans une moindre mesure du bassin. Il est donc logique de libérer et d'harmoniser cette région avant même d'aller plus loin dans le travail vertébral.

Temporal : région sphéno-pétreuse

Indication tissulaire : Après une phase 1 ou 3, le praticien se syntonise à la densité, avec l'intention d'obtenir de l'information. L'indication tissulaire ressemble à celle de la temporo-mandibulaire. Parfois, après la libération de la temporo-mandibulaire, l'information tissulaire n'a presque pas changé, ce qui doit orienter vers la sphéno-pétreuse.

Mise en place : Patient allongé sur le dos, praticien assis à sa tête, décalé vers le côté à traiter. La main opposée au côté à traiter contrôle le sphénoïde, le pouce sur la grande aile du côté à traiter, les autres doigts répartis sur le côté opposé du crâne.

Le contrôle du temporal se fait avec les doigts repliés (voir première prise pour l'occipito-mastoïde). Le point d'appui du coude est important.

Leviers et points d'appui : Un point d'appui secondaire sur le coude qui contrôle le temporal, le point d'appui principal est reporté à l'assise du praticien au niveau du bassin.

Prise sphénoïdale alternative : Patient allongé sur le dos, praticien assis sur le côté opposé à traiter. La tête du patient est approchée de la poitrine du praticien qui servira de contre appui. Le contrôle du sphénoïde se fait par la prise classiquement enseignée en ostéopathie crânienne : l'auriculaire de la main caudale recouvert d'un doigtier glisse le long des dents supé-

Sphéno-pétreuse droite : contrôle sphénoïdien externe.

rieures vers l'arrière, jusqu'à contacter l'apophyse ptérygoïde. L'index de la même main vient contacter la grande aile du sphénoïde par l'extérieur. Les coudes de l'opérateur sont écartés et l'appui principal reporté au niveau du bassin.

Sphéno-pétreuse droite : contrôle sphénoïdien alternatif.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la région sphéno-pétreuse à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour trouver la synchronisation avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en comprimant lentement les deux mains l'une vers l'autre, c'est-à-dire en poussant le sphénoïde vers le temporal et le temporal vers le sphénoïde. Analyser et suivre la réponse spontanée proposée par les tissus. C'est ici le poids du corps qui fournit l'essentiel de la puissance nécessaire. La réponse tissulaire est importante car c'est elle qui conduit le praticien vers la densité maximale, où qu'elle se trouve dans la structure. La densité peut être très importante dans cette région. Il convient d'aller aussi profondément que nécessaire, tout en conservant une sensation de plasticité. La tension est donnée en resserrant les doigts les uns contre les autres ou en les étendant (selon le contrôle temporal adopté).

Réalisation de la technique : Les tissus emmènent dans leur densité. La mobilité est lente, lourde, *épaisse*. Des arrêts en contrainte sont fréquents qui nécessitent le recours aux aides habituelles que sont apnée expiratoire et incitation au refus. Plusieurs cycles sont en général nécessaires, chacun marqué par un retour à l'équilibre relatif des structures, still-point et légère expansion, avant la reprise d'un nouveau cycle.

Phénomène final : Retour des structures à la position neutre, still-point plus ou moins long, belle expansion tissulaire (séparation des mains), inspiration du patient (et parfois du praticien), sensation de chaleur et de ramollissement net des structures. Toute tentative pour réinitier un nouveau cycle de libération est vaine. Les structures sont senties comme *flottantes*.

Après la technique : Le crâne/bassin/crâne s'impose après cette technique.

SPHÈRE ANTÉRIEURE CRÂNIENNE

Indication tissulaire

Après la phase 1 ou 3, lorsque le praticien reprend le crâne avec la prise à huit doigts et se syntonise avec la densité, l'intention étant seulement d'obtenir de l'information, il a la nette perception que la densité est globalement antérieure.

Sphère antérieure globale

Mise en place : Praticien assis à la tête du patient allongé sur le dos, suffisamment éloigné pour pouvoir reposer coudes et avant-bras sur la table. Le praticien place la face palmaire des doigts sur les malaires, de manière à les englober complètement.

Leviers et points d'appui : Les coudes constituent deux appuis secondaires, l'assise au niveau du bassin du praticien, le point d'appui principal.

Paramètres subjectifs : le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur l'ensemble de la sphère antérieure crânienne. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour trouver la synchronisation avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : Mise en place de la densité en comprimant lentement vers le centre du crâne. C'est

le poids du corps du praticien qui fournit l'essentiel de la puissance. La tension est donnée en resserrant et en étendant lentement les doigts avec les muscles intrinsèques de la main.

Sphère antérieure globale : positionnement.

Réalisation de la technique : Le praticien suit tout mouvement qu'il perçoit jusqu'au retour à une position d'équilibre entre les deux mains, apparition d'un still-point suivi d'une expansion tissulaire, s'accompagnant souvent d'une inspiration du patient.
Plusieurs cycles sont nécessaires. Très souvent, un côté de la sphère antérieure apparaît d'emblée nettement plus dense que l'autre. Le praticien focalise alors son attention, son intention et ses forces de compression dessus, tout en suivant les indications tissulaires, à la recherche de la plus grande densité. Lorsque ce côté s'est libéré, les structures antérieures reviennent au neutre et c'est alors souvent l'autre côté qui appelle et demande attention et intention focalisées.
Le praticien continue ainsi jusqu'à la fin de la technique. En cas d'arrêt en contrainte, utiliser les aides habituelles, notamment ici, apnée expiratoire et encouragement au refus.
Phénomène final : Retour au neutre de la sphère antérieure, still-point plus ou moins long, expansion importante de la zone avec sensation de ramollissement et de chaleur. Inspiration profonde du patient (et parfois du praticien). Toute tentative pour initier un nouveau cycle ne donne plus rien.

CERVICALES

Indications tissulaires

Le plus souvent, c'est la symptomatologie évoquée par le patient et la perception de la sphère postérieure crânienne qui conduisent à inspecter la région cervicale.
Remarque importante : L'expérience en travail tissulaire nous fait considérer aujourd'hui la sphère postérieure crânienne, et notamment les temporaux, comme la clé de la nuque. Il est inutile d'espérer traiter efficacement et durablement la colonne cervicale sans avoir auparavant déverrouillé la base du crâne. Toute difficulté ou résistance anormale dans le traitement de la nuque nous font immédiatement retourner à la base du crâne.

Tissus mous cervicaux postérieurs

La courbure cervicale étant adaptative, le travail des tissus mous y est essentiel. Correctement traités, ils rendront les interventions spécifiques sinon inutiles, au moins beaucoup plus aisées.
Mise en place : Praticien assis à la tête du patient allongé sur le dos, suffisamment éloigné pour pouvoir reposer coudes et avant-bras sur la table. Le praticien répartit la face palmaire des dernières phalanges des doigts sur les tissus mous postérieurs cervicaux, de part et d'autre de la ligne des épineuses.

Nuque : relâchement des tissus postérieurs.

Leviers et points d'appui : Les coudes constituent deux appuis secondaires, l'assise au niveau du bassin du praticien, le point d'appui principal.
Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur l'ensem-

ble des tissus mous cervicaux. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour trouver la synchronisation avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : En utilisant l'appui des coudes, le praticien se synchronise à la densité en comprimant lentement les tissus mous vers les plans plus profonds. La tension est donnée en resserrant et en étendant lentement les doigts avec les muscles intrinsèques des mains.

Réalisation de la technique : Dès le début de la compression, le praticien suit tout mouvement qu'il perçoit. La plupart du temps, un côté apparaît d'emblée nettement plus dense que l'autre. Attention, intention et forces de compression sont alors focalisées dessus, tout en suivant les indications tissulaires, à la recherche de la plus grande densité. Les tissus conduisent souvent la main vers une densité articulaire. La focalisation de l'attention, de l'intention et de la compression se précise sur cette zone et, se laissant guider par les tissus, le praticien essaie de la libérer. Il peut s'aider de l'apnée expiratoire du patient et de l'incitation au refus.

S'il n'y parvient pas, une approche spécifique sera mise en place, sinon, lorsque ce côté s'est libéré, les structures reviennent au neutre et c'est alors souvent l'autre côté qui appelle et demande attention et intention focalisées. Plusieurs cycles peuvent être nécessaires.

Phénomène final : Retour au neutre des deux mains, still-point plus ou moins long, expansion importante de la zone avec sensation de ramollissement. Toute tentative pour initier un nouveau cycle ne donne plus rien.

Après la technique : Reprise et équilibration de la sphère postérieure crânienne globale et crâne/bassin/crâne.

Remarque : Le même principe de travail peut être utilisé pour les tissus mous antéro-latéraux de la nuque.

Nuque : position pour le relâchement des tissus antéro-latéraux.

Cervicales, approche globale

Indication tissulaire : Le travail des tissus mous postérieurs n'est pas suffisant pour libérer la colonne cervicale.

Mise en place : Patient allongé sur le dos, vertex près du bord de la table, praticien *debout* à sa tête. Il contrôle la *tête* du patient avec les doigts entrecroisés sous l'occiput, les pouces venant latéralement se placer sur les conduits auditifs externes ou la branche montante des mandibules.

Cervicales globales. Contrôle de la tête du patient.

Remarque : Le contact est uniquement crânien. Pas de contact cervical. La hauteur de la table est ajustée de manière que le praticien puisse contrôler la tête du patient bras tendus.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui est reporté aux pieds du praticien.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer l'enracinement. Il prend conscience de ses appuis au sol. Il se laisse lâcher prise (présence). Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur l'ensemble cervical. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour trouver la synchronisation avec la densité et la tension des structures.

Cervicales globales. Position du praticien.

Paramètres objectifs : En laissant déporter le corps très légèrement et très lentement vers les pieds du patient, le praticien va à la rencontre de la densité, tout en analysant et en suivant la réponse spontanée des structures sous la compression. La tension est donnée en resserrant les doigts par contraction des muscles intrinsèques de la main.

Réalisation de la technique : Le praticien suit tout mouvement qu'il perçoit, jusqu'à retour au neutre de la nuque et sensation de grandissement (expansion tissulaire). Plusieurs cycles sont nécessaires. Le plus souvent, les tissus *s'empilent* sur un étage spécifique, au niveau d'une articulation. Le praticien focalise attention, intention et forces de compression sur la zone dense, jusqu'à libération. Apnée expiratoire et incitation au refus peuvent être utilisées. Si la densité est très forte, le praticien peut laisser glisser la main crânienne vers le bas du côté dense pour amener la pulpe de l'index au contact de la densité. La technique devient alors spécifique, tout en focalisant davantage attention, intention et compression sur la densité et en suivant les indications tissulaires.

Phénomène final : Retour au neutre, still-point plus ou moins long suivi d'une sensation d'allongement de la nuque (expansion tissulaire). Toute tentative pour initier un nouveau cycle de libération est vaine.

Après la technique : Selon ce qui a conduit à la pratiquer, reprise et équilibration des tissus mous postérieurs, puis de la sphère postérieure crânienne, puis crâne/bassin/crâne.

Cervicales, technique spécifique

Indication tissulaire : C'est le plus souvent l'approche cervicale globale qui conduit au travail spécifique. Le travail des tissus mous postérieurs peut également conduire à une approche spécifique.

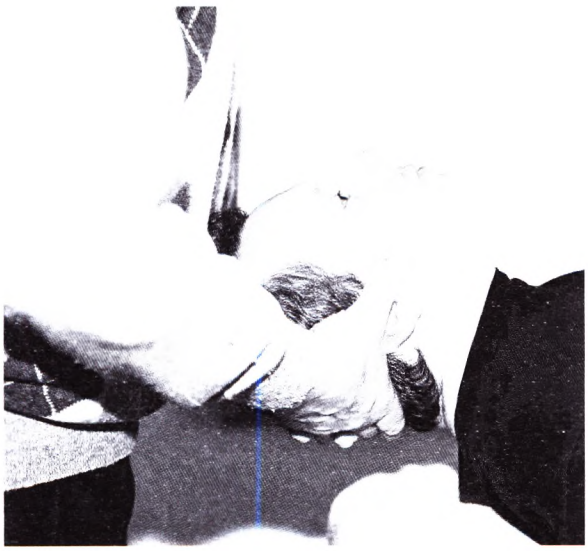
Mise en place : Patient allongé sur le dos, vertex près du bord de la table, praticien *debout* à sa tête. Il contacte le niveau cervical par les index placés en berceau sous l'arc postérieur dense. La face palmaire de la première phalange de l'index du côté à traiter est au contact direct de la zone dense. La tête, en extension pour *verrouiller* passivement le segment supérieur, vient reposer sur le reste des doigts.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui est reporté aux pieds du praticien.

Cervicale spécifique. Prise de mains.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer l'enracinement. Il prend conscience de ses appuis au sol. Il se laisse lâcher prise (présence). Attention et intention sont focalisées et verbalisées

sur le niveau cervical à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour trouver la synchronisation avec la densité et la tension des structures.



Cervicales globales. Contrôle de la tête.

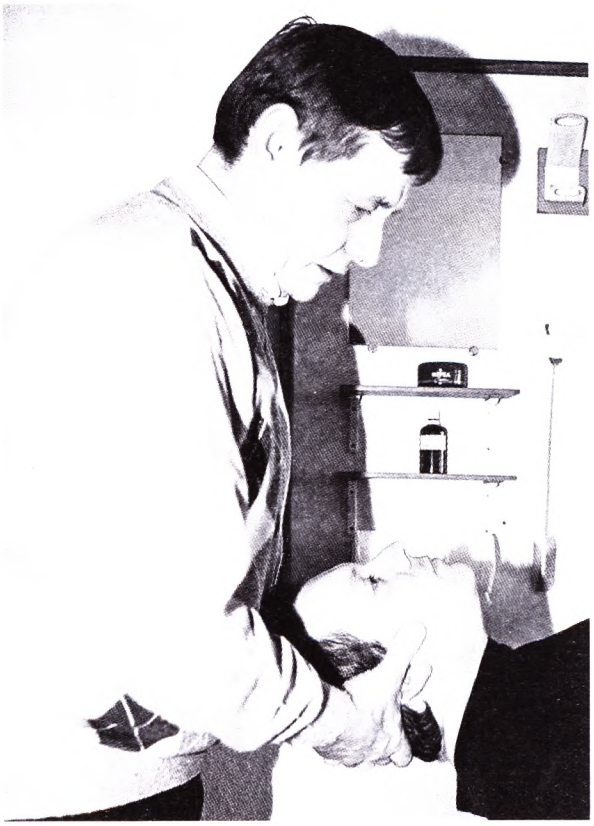
Paramètres objectifs : Très lentement et progressivement, le praticien soulève de la table le contact cervical et surtout, analyse et suit la réponse spontanée des tissus. La compression va automatiquement se focaliser dans la densité, au contact de l'index. La tension est donnée en resserrant les doigts par contraction des muscles intrinsèques de la main.

Réalisation de la technique : Le praticien suit tout mouvement qu'il perçoit, jusqu'à retour au neutre de la nuque et sensation de relâchement. Plusieurs cycles peuvent être nécessaires. Apnée expiratoire et incitation au refus peuvent être utilisées.

Phénomène final : Retour au neutre, still-point plus ou moins long. Sensation de relâchement, les tissus ne *tirent* plus. Toute tentative pour initier un nouveau cycle de libération est vaine.

Après la technique : Selon ce qui a conduit à la pratiquer, reprise et équilibration des tissus mous postérieurs, puis de la sphère postérieure crânienne, puis crâne/bassin/crâne.

Remarque : Le travail peut être localisé plus particulièrement à C0-C1 en contrôlant par la tête comme indiqué sur la technique globale. Le travail est localisé sur ce niveau par cisaillement de la tête vers l'avant, focalisation de l'attention et de l'intention sur ce niveau, et compression.



Cervicales : C0-C1.

SACRO-ILIAQUES ET LOMBAIRES

Informations tissulaires à partir du sacrum

Lorsque le bassin a été traité dans sa globalité, il devient possible d'analyser les informations tissulaires, notamment l'attirance qu'exercent les rétentions sur la main sacrée. Rappelons que cette recherche se fonde sur le fait qu'une zone dense attire à elle les tissus qui lui sont connectés. Lorsqu'une traction est perçue, il convient d'analyser sa direction et son amplitude.

L'amplitude de la traction indique si la zone qui attire est proche ou éloignée. Lorsque la zone qui attire est proche, la main qui suit les tissus les atteint rapidement : la traction semble *courte*. Lorsque, au contraire, la zone est éloignée, la main ne parvient

jamais à l'atteindre et se sent toujours attirée plus loin, ce qui donne une perception de traction longue.

La direction de la traction oriente vers une région corporelle.

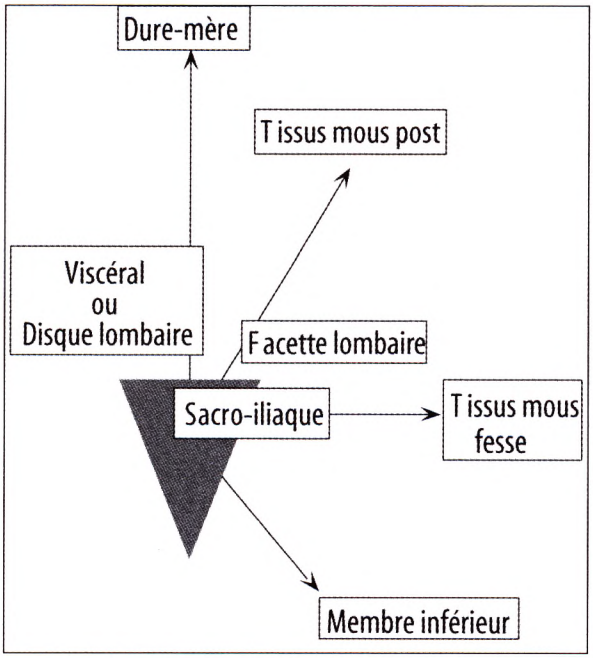


Figure 23. Les tractions à partir du sacrum.

L'analyse de la combinaison direction/amplitude fournit des informations quant à la localisation de la densité.

Technique sacro-iliaque

Indication tissulaire : L'information peut se présenter lors de la technique globale, l'ensemble du bassin se figeant dans une position de contrainte centrée sur une sacro-iliaque. La focalisation de l'attention/ intention et des forces de compression dans la sacro-iliaque et le recours aux aides habituelles sont insuffisants pour que la rétention se libère, ce qui impose le recours à une technique spécifique. L'information peut également venir après libération globale du bassin, comme exprimé dans le tableau ci-dessus, sous forme de traction courte latérale ou latérale inférieure perçue à partir du sacrum.

Mise en place : Le patient est allongé sur le côté opposé à celui à traiter, cuisses et genoux fléchis presque à 90°. Le praticien est debout devant lui au niveau du bassin. Il verrouille le segment supérieur en demandant au patient d'inspirer et en poussant doucement l'épaule supérieure vers l'arrière au moment de l'expiration, jusqu'à ce que le mouvement de torsion vertébrale soit perçu au niveau du sacrum. Il n'est nul besoin d'insister, ni de tirer l'épaule inférieure vers l'avant. Le praticien place le coude céphalique au niveau de l'aisselle du patient, la face antérieure de l'avant-bras caudal au contact de la crête sacrée, en appuyant le minimum nécessaire pour se sentir au contact du plan osseux. Il rejoint alors ses deux mains, la main céphalique n'ayant pas d'autre utilité que de fournir un point d'appui secondaire.

Principales perceptions à partir du sacrum

Perception à partir du sacrum	Indication tissulaire
• Densité au contact de la main	• Sacrum intra-osseux ou pôle inférieur de la dure-mère
• Densité sur partie inférieure du sacrum	• Sacro-coccygienne ou coccyx
Tractions longues	
• Sacrum tiré vers le haut, traction très longue	• Pôle supérieur de la dure-mère
• Sacrum tiré latéralement, traction longue	• Tissus mous hanche, bassin
• Sacrum tiré latéralement et vers le bas	• Tissus mous cuisse ou plus bas, membre inférieur
Tractions courtes	
• Vers le haut	• Disque lombaire ou viscéral petit bassin
• Vers le haut, oblique	• Facette lombaire (jusqu'à L3-L4)
• Latérale ou latérale vers le bas	• Sacro-iliaque

Leviers et points d'appui : Un point d'appui secondaire est fourni par les mains jointes du praticien à l'arrière du patient. Le point d'appui principal est situé au niveau des pieds du praticien.

Technique sacro-iliaque : position du patient.

Technique sacro-iliaque : position du praticien.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer l'enracinement. Il prend conscience de ses appuis au sol. Il assure lâcher prise et présence. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la région sacro-iliaque à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour trouver la synchronisation avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en donnant avec l'avant-bras qui contrôle le sacrum une poussée lente et progressive vers la sacro-iliaque. Le praticien analyse la réponse des tissus sous la poussée et suit la direction qu'ils proposent jusque dans leur densité maximale.

Important : Le suivi des tissus par le sacrum ne se fait pas en contractant le membre supérieur, mais en se laissant partir en arrière, utilisant ainsi la puissance passive de l'ensemble du corps. Le minimum de force est utilisé dans la technique, ce qui laisse la possibilité d'une perception plus fine. La tension est donnée en serrant lentement les doigts des mains les uns contre les autres.

Réalisation de la technique : Une fois les tissus amenés dans leur densité maximale, suivre leur mouvement en utilisant le point d'appui secondaire offert par la main céphalique. Plusieurs cycles peuvent être nécessaires, chacun se terminant par un still-point et un petit relâchement des structures, mais le praticien sent que le sacrum est toujours attiré dans sa sacro-iliaque.

Phénomène final : Après un ou plusieurs cycles, le praticien ressent un still-point plus ou moins long, suivi d'un relâchement perceptible et de la sensation que le sacrum n'est plus attiré vers la sacro-iliaque et *retombe* vers la table. Il y a parfois inspiration du patient. Un nouveau test au niveau du sacrum indique que la traction a disparu.

Après la technique : Bassin global, puis crâne global. Il arrive souvent que lors de la reprise du bassin global, les tissus indiquent l'autre sacro-iliaque. Il convient de la traiter, soit à partir de la prise globale, soit avec la prise spécifique, puis de reprendre bassin global et crâne global.

Remarque : La réussite de la technique dépend du placement de l'attention et de l'intention ainsi que de la capacité à engager tout le corps pour fournir la puissance nécessaire sans parasiter la perception.

Les tissus mous du bassin

Information tissulaire : Sensation d'une traction latérale longue à partir du sacrum.

Mise en place : Patient sur le ventre, praticien debout du côté à traiter au niveau du bassin. Le contact tissulaire se fait avec la face antérieure des phalanges d'une main, l'autre main venant en renfort, soit en serrant la première, soit avec le poing fermé. L'appui est très léger.

Leviers et points d'appui : Point d'appui reporté aux pieds du praticien.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer l'enracinement. Il prend conscience de ses appuis au sol. Il se laisse lâcher prise (présence). Attention et

intention sont focalisées et verbalisées sur les tissus mous de la fesse. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour trouver la synchronisation avec la densité et la tension des structures.

Tissus mous de la fesse : position du praticien.

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en poussant très lentement *le corps dans la main* vers le plan profond, en analysant toute réponse spontanée des tissus et en les suivant jusque dans leur densité maximale. La tension est donnée en serrant lentement les doigts ou le poing de la main supérieure.

Réalisation de la technique : Plusieurs cycles de libération peuvent s'enchaîner, séparés par de petits still-points.

Phénomène final : À la fin de la technique, les tissus reviennent au neutre, perception d'un still-point plus ou moins long, puis sensation d'expansion tissulaire, souvent accompagnée d'une inspiration du patient. Toute tentative pour réinitier un nouveau cycle de libération est vaine.

Après la technique : Bassin global, travail avec les perceptions de la sphère pelvienne et lorsque n'existe plus de perception particulière avec laquelle travailler, crâne global.

Technique sur les disques lombaires

Indication tissulaire : Traction verticale courte à partir du sacrum. La sensation que le sacrum monte très légèrement et ne redescend pas. Cette sensation peut également évoquer un problème viscéral dans le petit bassin. Pour lever le doute, il suffit de comprimer doucement les viscères du petit bassin vers la main sacrée. Si cette action déclenche un mouvement, cela oriente le praticien vers la sphère viscérale. Si, au contraire, cette action ne génère pas de mouvement entre les deux mains, le praticien s'orientera vers les disques lombaires.

Remarque importante : La technique décrite a pour objectif de traiter les rétentions au niveau des disques lombaires bas, pas de traiter les hernies discales.

Mise en place : Patient allongé sur le dos, praticien debout à côté à hauteur des cuisses. Il glisse son avant-bras caudal sous les tendons d'Achille du patient. La main céphalique prend un appui très léger sur l'abdomen du patient, entre ombilic et pubis.

Leviers et points d'appui : Un point d'appui secondaire par les doigts de la main céphalique posés sur l'abdomen du patient ; l'appui principal étant reporté au niveau des pieds du praticien.

Technique sur les disques lombaires : mise en place.

Technique sur les disques lombaires : réalisation.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer l'enracinement. Il prend conscience de ses appuis au sol. Il se laisse lâcher prise (présence). Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur les lombaires basses. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour trouver la synchronisation avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : De la bonne mise en place de ces paramètres dépend la réalisation plus aisée de la technique : seule la syntonisation précise avec l'état de densité et de tension de la structure fait disparaître la sensation d'effort.

La densité est trouvée en soulevant *très lentement* les pieds du patient de la table et en suivant l'information tissulaire spontanée qu'ils proposent, jusqu'à la sensation d'équilibrer le poids des jambes suffisamment précisément pour perdre la sensation de l'effort.

La tension est trouvée en serrant en même temps *très lentement* le poing de cette même main. C'est la *lenteur* de la mise en place de la densité et de la tension qui permettent le mieux d'obtenir la sensation accompagnant la synchronisation.

Réalisation de la technique : Une fois la sensation d'allégement obtenue, le praticien donne une petite poussée sur les membres inférieurs du patient vers le bassin. Cette poussée est initiée non par le bras porteur, mais par le basculement du corps du praticien vers la tête du patient. Il suit tout mouvement de la structure, attention centrée sur les lombaires basses. Plusieurs cycles sont possibles. Si les membres inférieurs du patient s'écartent du praticien, il lui sera peut-être nécessaire de changer de côté.

Phénomène final : Retour au neutre, still-point plus ou moins long, sensation soudaine que les jambes *retombent* brutalement. Cette perception est logique puisque la synchronisation avec les paramètres objectifs diminue la sensation de contrainte ; la force qui maintient les membres inférieurs soulevés tient à la densité lombaire. Une fois cette densité libérée, rien ne maintient plus ce soulèvement, d'où la perception du poids qui augmente soudainement.

Après la technique : Bassin global, travail avec les perceptions de la sphère pelvienne et, lorsque n'existe plus de perception particulière avec laquelle travailler, crâne global.

Prise alternative : Telle que décrite, la technique peut être difficile à réaliser, notamment pour des questions de gabarit respectif patient/praticien. Une prise alternative consiste pour le praticien à se placer debout aux pieds du patient et à les soutenir sur les mains ouvertes, doigts croisés. Le reste de la mise en œuvre est inchangé.

Technique sur les disques lombaires : prise alternative.

QUESTIONS / RÉPONSES

Vous insistez sur le fait que la sphère postérieure crânienne et les temporaux sont la clé de la nuque et du bassin. Pouvez-vous en dire davantage ?

Le fait anatomique et la théorie des vertèbres crâniennes nous conduisent à considérer l'ensemble crânio-vertébral comme un tout cohérent. La dure-mère qui unit base de crâne et sacrum établit un lien mécanique entre les deux et nous permet d'accepter leur influence réciproque. Mais ce qui importe pour moi, c'est que la clinique corrobore le modèle. Je le constate en travaillant avec les patients. L'utilisation systématique du crâne/bassin/ crâne permet de le vérifier tous les jours. Elle permet de vérifier à quel point une modification sur l'un des pôles entraîne des changements dans l'autre. La pratique vous en convaincra.

Vous semblez faire bien peu de cas des théories mécaniques analysant le

fonctionnement du bassin en général et des sacro-iliaques en particulier.
J'ai longtemps travaillé sur le bassin en utilisant les bases reçues lors de mon apprentissage de l'ostéopathie, m'intéressant aux axes et aux directions de mobilité des composants sacro-iliaques. Mais, à force de les *écouter*, j'ai fini par comprendre que, même au bassin, les tissus livrent spontanément leurs problèmes. Il devient alors évident que ce qui est classiquement décrit du point de vue mécanique et lésionnel au niveau sacro-iliaque n'est au mieux qu'une théorisation approximative de ce que vivent les tissus. Cela s'applique d'ailleurs à la description de n'importe quelle dysfonction, où qu'elle se trouve dans le corps, y compris dans le crâne. Le modèle tissulaire soutient que ces dysfonctions existent parce qu'une ou des rétentions sous-jacentes maintiennent, par leur rétraction, une anomalie mécanique.
Ainsi, une fois la communication établie avec eux, les tissus de la région sacro-iliaque nous guident, eux aussi, vers leurs rétentions, et en même temps se libèrent, ainsi que les dysfonctions articulaires associées. La mise en œuvre de la technique est plus simple et il n'est plus nécessaire de se préoccuper d'axe, de direction, de lésion sacro-iliaque, ilio-sacrée, etc.

En reprenant le bassin global après libération sacro-iliaque, je sens toujours la même traction latérale courte.
Si l'information tissulaire est encore là, c'est que la rétention correspondante n'est pas libérée. Il faut donc reprendre la technique. Rien n'indique qu'une technique doit fonctionner du premier coup.
Remarque : Vous pouvez également confondre une mobilité asymétrique du sacrum avec une traction. Prenons un exemple : une densité sacro-iliaque droite restreint la physiologie tissulaire de ce côté. L'autre côté a tendance à bouger plus fortement, ce qui peut donner l'impression qu'il est tiré par quelque rétention distante. Une analyse plus précise permet de se rendre compte qu'il y a en fait immobilité à droite et hypermobilité à gauche. C'est du côté le moins mobile que se trouve le problème.
La même erreur d'interprétation peut être commise au niveau du crâne : une densité occipito-mastoïde droite, par exemple, donne logiquement une hypermobilité dans le cadran opposé que le praticien peut, à tort, interpréter comme une traction. Dans ce cas, il a du mal à déterminer d'où vient la traction, puisque le mouvement résulte d'une poussée interne. Avec l'habitude, ce genre de difficulté disparaît. Vous noterez d'ailleurs que bien souvent la manifestation symptomatique se trouve du côté *hypermobile* et non du côté dense.

DENSITÉS VERTÉBRALES

Indications tissulaires : Peu d'indications tissulaires renvoient directement à la colonne vertébrale. C'est souvent l'utilisation de points relais cherchant à affiner une perception qui conduisent aux vertèbres. Plus souvent encore, c'est la plainte du patient qui conduira le praticien à s'intéresser particulièrement à la colonne et à rechercher les zones de densité.
Remarques importantes : Ce qui va suivre nécessite quelques précisions. La première est qu'en tissulaire, nous nous intéressons aux zones de non-communication, qui sur le plan objectif se manifestent par de la densité. Nous ne nous intéressons pas aux dysfonctions vertébrales classiquement décrites, notamment par I. Korr, l'idée étant que sauf exception, ces dysfonctions sont mises en place par le système corporel pour tenter de gérer les anomalies engendrées par les densités. Par conséquent, si le corps est capable de créer ces dysfonctions vertébrales, il est tout aussi capable de les faire disparaître lorsqu'elles ne sont plus nécessaires. L'expérience montre par ailleurs que ces zones sont rarement denses.
La seconde précision est que ce qui va suivre ne peut raisonnablement s'appliquer et surtout fonctionner que si un travail de relâchement global du système a été réalisé selon les indications fournies par les structures, qui aura permis de détendre le *collier de perles vertébral*. Sans ce travail préalable, ce qui va suivre n'a pas de sens et ne donnera pas de résultat appréciable. L'échec, alors, n'est pas imputable à la technique mais uniquement à un *modus operandi* illogique.

Recherche des densités vertébrales : les rebonds

Mise en place : Patient sur le ventre, praticien debout à côté de lui, talon de la main céphalique posée sans pression sur les épineuses dorsales hautes, talon de la main caudale posée sans pression sur les épineuses lombaires.

Recherche des densités vertébrales par les rebonds.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui est reporté au sol.

Paramètres subjectifs : Attention et intention sur la colonne vertébrale du patient.

Réalisation de la technique : Le praticien initie de légères secousses transmises sur les talons des mains et analyse le rebond tissulaire répondant à la secousse. Il déplace ensuite les deux mains, descendant d'un cran la main céphalique et remontant d'un cran la main caudale. Le rebond permet de localiser très facilement une densité qui répond *dur*, sans souplesse. Dès qu'une des deux mains perçoit une densité, elle s'arrête dessus, l'autre continuant son périple à la recherche d'une autre densité. Dès qu'elle l'a trouvée, le praticien se trouve au contact de deux densités, l'une caudale, l'autre céphalique. Il compare les deux et traite en premier la plus importante.

Remarque : Si les densités semblent équivalentes, il en choisit une, la traite et traitera l'autre ensuite.

Traitement d'une zone vertébrale dense

Le traitement se fait d'abord en globalité, c'est-à-dire que le praticien traite la zone dense et ne deviendra spécifique que si c'est nécessaire.

Mise en place : La prise ressemble à celle adoptée pour la libération du pôle inférieur de la dure-mère au niveau du sacrum. Patient sur le ventre, praticien debout à côté de lui, au niveau de la zone dense à traiter. Le praticien prend un contact très léger avec les épineuses de la zone dense par les deux premières phalanges du médius *en extension*. L'autre main vient enserrer la première. Elle permettra d'aller à la rencontre de la densité et de la tension, la main au contact épineux étant plus spécialisée dans la perception.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui est au sol, au niveau des pieds du praticien.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps de s'enraciner et de lâcher prise (présence). Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la zone dense. L'intention générale est de remettre la structure en communication et se synchronisant avec sa densité et sa tension. Des cycles d'intention successifs sont utilisés pour la mise en place des paramètres objectifs.

Paramètres objectifs : Pour aller dans la densité, le praticien écarte les coudes et se déporte vers l'avant, le poids du corps venant doucement, passivement et progressivement comprimer les tissus vertébraux. La tension est progressivement augmentée en serrant très lentement et progressivement la main supérieure sur la main inférieure, jusqu'à la perception de la sensation de plasticité.

Densité vertébrale : placement des mains.

Réalisation de la technique : Le praticien met en place les différents paramètres et suit la réponse spontanée des structures sous sa main, jusqu'au niveau de densité maximale. Le mouvement est lent, lourd, épais. Il suit la structure jusqu'à retour au point neutre, still-point et expansion. Si l'expansion ne lui semble pas suffisante, il cherche à initier un autre cycle pour relâcher davantage. S'il y a arrêt en position de contrainte, il peut utiliser les aides habituelles, notamment apnée expiratoire et incitation au refus.

Phénomène final : Après plusieurs cycles les tissus reviennent en position neutre, marquent un still-point plus ou moins long et donnent une expansion importante, accompagnée d'une sensation de fonte tissulaire, de ramollissement et de chaleur. Souvent, le patient inspire profondément.

Remarques : La densité vertébrale est bien moindre que celle du crâne ou du bassin. Y penser pour aborder la région afin de ne pas imposer d'emblée une densité trop forte.

Ne pas oublier d'adapter les paramètres objectifs aux changements tissulaires survenant avec les libérations. Des paramètres restant trop *lourds* ne permettent ni de percevoir les changements dans les tissus, ni les accompagner dans ces changements.

Très souvent, la densité se réduit pour se localiser à une zone plus restreinte, voir à un niveau vertébral. Le praticien en conséquence, focalise attention, intention et forces de compression dans un espace plus restreint. Si la zone restreinte ne se remet pas en communication, le praticien utilise l'approche spécifique décrite plus loin.

Traitement d'un niveau vertébral spécifique

Indication tissulaire : Le praticien a commencé à libérer une zone vertébrale dense. Au cours de la libération, la densité s'est localisée à un niveau vertébral spécifique et la prise globale ne parvient pas à libérer ce niveau.

Mise en place : Patient sur le ventre, praticien debout à côté de lui, au niveau de la zone dense à traiter. Le praticien prend un contact très léger avec l'épineuse dense placée entre les premières phalanges du médius et du majeur *en extension*. La main est ici perpendiculaire à la ligne des épineuses vertébrales. L'autre main vient enserrer la première. Elle permettra d'aller à la rencontre de la densité et de la tension, la main au contact épineux étant plus spécialisée dans la perception.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui est au sol, au niveau des pieds du praticien.

Libération vertébrale spécifique : placement des mains.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps de s'enraciner et de lâcher prise (présence). Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la vertèbre à libérer. L'intention générale est de remettre la structure en communication et se synchronisant avec sa densité et sa tension. Des cycles d'intention successifs sont utilisés pour la mise en place des paramètres objectifs.

Paramètres objectifs : Pour aller dans la densité, le praticien se déporte vers l'avant, le poids du corps venant doucement, passivement et progressivement comprimer les tissus vertébraux. La tension est progressivement augmentée en serrant très lentement et progressivement la main supérieure sur la main inférieure, jusqu'à la perception de la sensation de plasticité.

Réalisation de la technique : Le praticien met en place les différents paramètres et suit la réponse spontanée des structures sous sa main, jusqu'au niveau de densité maximale. Le mouvement est lent, lourd, épais. Il suit la structure jusqu'à retour au point neutre, still-point et expansion. Si l'expansion ne lui semble pas suffisante, il cherche à initier un autre cycle pour relâcher davantage. S'il y a arrêt en position de contrainte, il peut s'aider de l'apnée expiratoire et de l'incitation au refus.

Phénomène final : Après plusieurs cycles, les tissus reviennent en position neutre, marquent un still-point plus ou moins long et donnent une expansion importante, accompagnée d'une sensation de fonte tissulaire, de ramollissement et de chaleur. Souvent, le patient inspire profondément.

Remarques : La densité vertébrale est bien moindre que celle du crâne ou du bassin. Y penser pour aborder la région afin de ne pas imposer d'emblée une densité trop forte.

Ne pas oublier d'adapter les paramètres objectifs aux changements tissulaires survenant avec les libérations. Des paramètres restant trop *lourds* ne permettent ni de percevoir les changements dans les tissus, ni les accompagner dans ces changements.

Pour débuter dans ce type de travail vertébral, il est possible de procéder de manière analytique, comme pour le crâne lors des entraînements avec les ballons, c'est-à-dire de demander avec l'intention à la vertèbre d'aller dans la plus grande liberté de flexion/extension, puis de rotation droite/gauche, puis de latéroflexion droite/gauche. Il s'agit là aussi d'un empilement. Ensuite, suivre les tissus dans leur libération. Je conseille d'abandonner dès que possible ce référentiel.

QUESTIONS / RÉPONSES

Peut-on utiliser cette seule technique sur toute la colonne ?

Oui, de D1 à L5. Pour les cervicales les techniques décrites en décubitus dorsal sont plus appropriées.

Que faire lorsque la technique est douloureuse ?

Tout dépend de la douleur. Une douleur aiguë impose d'arrêter. Rappelons qu'une zone dense n'est pas douloureuse. Il se peut que la douleur soit déclenchée par un mauvais appui. Modifiez alors la position de votre main. Il arrive plus souvent que la douleur soit plus sourde et apparaisse au cours de la libération. Si elle n'est pas trop forte, il faut poursuivre. Elle s'estompe en général au cours de la libération. Cette douleur appartient à l'information retenue dans la rétention.

Lorsque j'utilise la technique vertébrale spécifique en analytique, j'obtiens des mouvements illogiques par rapport aux lois fondamentales des mouvements vertébraux. Est-ce une illusion ?

C'est ce que vous avez perçu. Peut-on l'interpréter ? Rappelons tout d'abord que le travail tissulaire, s'adresse à la structure, fût-elle osseuse, et non pas à la mécanique articulaire. Les densités sont ce qu'elles sont et les lois de biomécanique articulaire sont inadaptées pour interpréter le comportement relié à la plasticité tissulaire. Ce n'est pas le même niveau de cohérence, rappelons-le. Vous devez donc vous attendre à des informations qui ne sont pas en cohérence avec le niveau biomécanique. Par ailleurs, puisque vous travaillez dans la structure osseuse, vous contactez bien d'autres choses que l'articulaire, et notamment les densités sur les insertions aussi bien ligamentaires que dure-mériennes. Enfin, je suis certain que comme les tissus crâniens n'ont pas lu Magoun, les tissus vertébraux n'ont lu ni Fryette ni Mennel et nous racontent ce qu'ils ont à nous raconter, selon leurs propres préoccupations qui la plupart du temps vous échappent.

Pouvez-vous traiter ainsi les lésions de second degré ?

De tous les degrés. Les tissus vivants n'ont pas non plus lu Webster. Rappelons encore qu'il s'agit de théorisations pour tenter de modéliser le complexe qui ne tiennent compte ni de la conscience ni de la plasticité des tissus. La vie tissulaire est bien plus complexe. Si vous communiquez réellement avec les structures vivantes, elles vous diront tout ce qu'elles ont à vous dire, et cela se trouve rarement écrit dans les manuels.

Remarque : Cette question et la précédente appellent une remarque pour moi importante. Nous savons que les tissus vivants répondent à l'intention. Lorsque le praticien se projette dans la structure de son patient, il projette avec lui ses modèles de référence. Mais nous savons tous que ces modèles ne sont que des approximations, de sorte qu'en projetant les modèles, on projette les limites qui vont avec. Cela signifie que la réponse des structures sera automatiquement analysée à travers le filtre du modèle projeté. Si vous projetez un modèle de mobilité articulaire, vous obtiendrez des réponses qui ne seront qu'une partie de ce que la structure tissulaire vivante voudrait raconter. Je vous conseille donc dès que possible de vous défaire de ces modèles et de communiquer avec les tissus avec une attention la plus *épurée* possible. Je sais par expérience que c'est difficile. Il est toujours difficile d'abandonner un référentiel parce qu'il donne de la cohérence et sécurise. Mais il donne aussi des limites. Essayez, essayez encore.

Faites-vous encore des thrusts ?

Aujourd'hui, non. Mais uniquement parce que je n'en ai pas besoin. Je n'ai rien contre le principe, à condition que la technique soit bien réalisée, ce qui n'est pas si évident que cela. Le niveau d'exigence technique indispensable pour réaliser un thrust digne de ce nom est rarement atteint. Cela exige une présence, une attention et une intention au moins aussi précises que pour les techniques tissulaires. À cela s'ajoute la vélocité, caractéristique essentielle de ce type de technique. Or je vois bien plus souvent des parodies de thrust dans lesquelles la force est purement et simplement substituée à la vélocité.

Voici ce que dit Still sur la question : « *Ce "craquement" n'est pas un critère auquel se fier. Les os ne craquent pas toujours quand ils se remettent en place, pas plus que le craquement ne signifie qu'ils sont correctement ajustés. En tirant sur votre doigt, vous entendrez un bruit soudain.* [...] *L'ostéopathe ne devrait pas encourager cette idée chez son patient comme étant la démonstration que quelque chose est accompli.* » (Still, 2001, 42.)

Par ailleurs, le thrust ne travaille pas au même niveau de cohérence que l'approche tissulaire. Je m'en suis déjà expliqué plus haut. Nous nous intéressons aux densités, aux non-communications. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'y revenir. Avec le thrust, je n'ai pas vraiment l'impression de communiquer avec les tissus, mais de leur imposer quelque chose. Je fais entièrement mienne cette phrase bien

connue de Sutherland : « *Permettre à la fonction vitale interne de manifester sa puissance infaillible, plutôt que d'appliquer une force aveugle venue de l'extérieur.* » (Sutherland, 1939, 8.)

Vous ne nous parlez jamais des pathologies que vous traitez. Comment nous y retrouver ?

Je n'en parle pas parce que je ne m'intéresse pas particulièrement aux pathologies des patients, mais aux patients eux-mêmes, systèmes complexes de consciences organisées et communicantes. Ce sont la conscience et sa communication qui m'intéressent. La pathologie n'est pour moi qu'une manifestation de l'altération dans la manifestation de la conscience. En s'occupant de la conscience, on s'occupe de la pathologie. En s'occupant de la pathologie, on s'occupe rarement de la conscience.

J'ai dit dans « Modus operandi » comment je procède pour traiter un patient. Cela est pour moi relativement indépendant de la pathologie : je m'assure que le système est en communication et s'il ne l'est pas, je fais en sorte de l'y amener par la compression occipitale, et si nécessaire, la technique hépatique, en terminant par crâne/ bassin/crâne (phase 1). Ensuite, je cherche l'information que me donnent les tissus à partir du crâne et du bassin ou de toute autre zone corporelle et je traite en fonction de ces informations (phase 2), tout en prenant bien soin d'assurer le recentrage et la *réharmonisation* du système après chaque intervention importante, par le crâne/bassin/crâne (phase 3).

Il est évident que les informations fournies par la structure varient selon les pathologies présentées par les patients. Mais je ne puis aujourd'hui livrer un catalogue de correspondances anomalies/ pathologies, parce que je n'en connais pas de fiable, et parce que lorsque le praticien essaie de fonctionner à partir de ce type de référentiel, il rompt presque immanquablement la communication avec son patient. Il utilise le catalogue au lieu d'écouter ce que voudraient lui communiquer les tissus du patient.

La vraie pathologie pour une structure vivante, c'est de ne plus communiquer. Alors, je m'intéresse à la communication. Je vous encourage à expérimenter ce système en essayant de vous défaire le plus possible de vos pré-établis. Vous serez certainement surpris de ce que vous dira la structure vivante de votre patient.

Vous semblez faire fi de la pathologie du patient, pourtant, à plusieurs reprises, vous avez dit que vous partiez d'elle pour rechercher les zones de rétention. Pouvez-vous nous expliquer ?

Lorsque je pars des symptômes présentés pour rechercher les zones de rétention qui peuvent y être impliquées, je ne m'intéresse pas à la pathologie en tant que telle, mais à ce qui peut la provoquer ou y participer. C'est là me semble-t-il que réside le principal intérêt de nos connaissances en anatomie, physiologie, etc. Elles nous permettent d'échafauder une compréhension.

Mais cette compréhension se place à un certain niveau dans le cône de la connaissance. Ce qui m'intéresse, c'est de remonter vers la cause, plus haut située dans le cône. Et là, ce sont les tissus qui me guident le plus sûrement. Autrement dit, je peux aller inspecter telle ou telle région corporelle parce que la déduction anatomique ou physiologique me le suggère, mais en dernier ressort, ce sont les tissus et leur état de communication qui me disent si je dois y faire quelque chose ou non.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE MAINTENANT

Nous allons aborder les techniques viscérales et de la cage thoracique.

> « *Pas d'a priori, pas de préjugé, pas de visualisation, d'idée préconçue de l'anatomie ou de la physiologie, il s'agit simplement de se placer en état d'équilibre, avec le maximum d'intégrité, de disponibilité, d'ouverture, et de recevoir sans exception tout ce qui est émis transmis, révélé ou partagé par ce mécanisme. Ce n'est pas une mince tâche.* [...] *C'est l'unique façon d'apprendre à lire entre les lignes de l'anatomie et de reconnaître l'extrême sensibilité du chaos à la moindre variation des conditions de sa course.* »
>
> (Gendron, 1999, 47.)

LA SPHÈRE VISCÉRALE
et la cage thoracique

13

« Viscère : du latin viscus, viseris *"chair".*
Tout organe contenu dans les cavités crânienne, thoracique, abdominale :
cerveau, cœur, poumon, estomac, foie, intestin, rate, rein, utérus. »
Le Robert.

Chaque fois que nous abordons une région corporelle dans sa globalité, nous abordons également une partie viscérale. Ainsi en est-il, même si nous ne l'avons pas vraiment évoqué, de la sphère crânienne ou vertébrale comprenant le système nerveux central, et de la cage thoracique qui comporte tous les viscères sus-diaphragmatiques. La région abdominale diffère en ce sens que l'enveloppe protectrice y est nettement moins importante, de sorte que l'on peut contacter plus directement les organes qui s'y trouvent.

Que l'organe viscéral soit protégé ou non, l'approche tissulaire ne varie pas, puisque nous travaillons sur la structure en tant que substance plastique et que nous recherchons les zones de rétention qui du fait de leur rétraction nous attirent, où qu'elles se trouvent. Il nous semble cependant important d'avoir bien présent à l'esprit (à la conscience, à l'attention) que lorsque nous abordons globalement une région, nous incluons les organes viscéraux qui y sont contenus.

CAGE THORACIQUE ET VISCÈRES

Technique de relâchement global (1)

Mise en place : Le patient est allongé sur le dos. Le praticien, assis à sa tête, glisse les deux mains sous le gril costal de part et d'autre de la colonne vertébrale dorsale, de manière que la pointe des omoplates du patient soit dans le creux de la main. Le patient laisse le thorax reposer passivement sur les mains du praticien.

Leviers et points d'appui : les coudes appuyés sur la table constituent deux points d'appui secondaires. Le point d'appui principal est reporté au niveau de l'assise du praticien.

Cage thoracique : approche globale (1).

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur l'ensemble de la cage thoracique (y compris son contenu viscéral). L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en laissant le temps aux mains et avant-bras du praticien de s'adapter au poids du corps du patient. Il va à la rencontre du poids et de la densité des structures en rigidifiant lentement les membres supérieurs, puis en utilisant les appuis secondaires des coudes, en se portant vers l'arrière. Il suit toute information de mouvement dès qu'elle se présente, tout en continuant à aller vers la plus grande densité possible. La tension est donnée en étendant et resserrant légèrement les doigts.

Remarque sur le poids : Comme indiqué pour le bassin, au lieu de supporter passivement le poids, il est conseillé d'*aller à sa rencontre*. Ce concept se relie à la syntonisation et à la synchronisation. Lorsque le praticien équilibre les paramètres objectifs, la perception de dureté se transforme en sensation de plasticité. Aller à la rencontre du poids, c'est donc, non plus le subir dans la main, mais composer avec lui, se synchroniser à lui. La perception devient plastique et, alors même que la main est contractée, des informations tissulaires sont perceptibles, à condition de laisser le temps nécessaire pour que cela se produise. Si l'on va trop vite, les tissus renvoient de la rigidité.

Réalisation de la technique : Le praticien suit le relâchement des tissus jusqu'à leur retour en position neutre, still-point et perception de détente suivie d'une expansion tissulaire. Il tente alors d'initier un nouveau cycle. Plusieurs peuvent être nécessaires.

Il peut arriver au cours du travail de libération qu'une densité apparaisse dans une région du thorax. Le praticien focalise sur elle attention, intention et forces de compression, tout en continuant à suivre les tissus. S'il y a arrêt en position de contrainte, l'utilisation des aides habituelles que sont apnée expiratoire et incitation au refus est recommandée.

Phénomène final : Retour des structures thoraciques en position neutre, still-point plus ou moins long, sensation de relâchement profond, perception de chaleur, expansion tissulaire, souvent accompagnée d'une inspiration profonde du patient (et parfois du praticien).

Remarques : Lorsque le relâchement global est terminé, le praticien peut profiter de sa position pour rechercher une rétention thoracique qu'il n'aurait pas perçue lors de la libération globale. Il doit remettre en place une nouvelle densité et interroger les tissus à la recherche d'une zone de rétention qui attire.

Après la technique : Un crâne/bassin/crâne s'impose. Les mouvements tissulaires ressentis dans le système crânien après la libération thoracique ne laissent aucun doute quant à l'importance du thorax dans le système corporel.

Technique de relâchement global (2)

Mise en place : Le patient est allongé sur le dos. Le praticien, debout à sa tête, pose les deux mains sur le gril costal de part et d'autre du sternum.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui principal est reporté au niveau des pieds du praticien.

Cage thoracique : approche globale (2).

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur l'ensemble de la cage thoracique (y compris son contenu viscéral). L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : Le praticien trouve la densité en laissant très lentement le poids du corps se déporter vers le thorax du patient et en analysant toute information de mouvement dès qu'elle se présente, tout en continuant à aller vers la plus grande densité possible. La tension est donnée en étendant et resserrant légèrement les doigts.

Réalisation de la technique : Le praticien suit le relâchement des tissus jusqu'à leur retour en position neutre, still-point et perception de détente suivie d'une

expansion tissulaire. Il tente alors d'initier un nouveau cycle. Plusieurs peuvent être nécessaires.
Il peut arriver au cours du travail de libération qu'une densité apparaisse dans une région du thorax. Le praticien focalise sur elle attention et intention et forces de compression, tout en continuant à suivre les tissus. S'il y a arrêt en position de contrainte, l'utilisation des aides habituelles que sont apnée expiratoire et incitation au refus est recommandée.
Phénomène final : Retour des structures thoraciques en position neutre, still-point plus ou moins long, sensation de relâchement profond, perception de chaleur, expansion tissulaire, souvent accompagnée d'une inspiration profonde du patient (et parfois du praticien). Les tissus ne répondent plus à toute tentative d'initier un nouveau cycle.
Après la technique : Crâne/bassin/crâne (phase 3).

Technique de relâchement global (3)

Mise en place : Patient en décubitus latéral, côté à traiter vers le haut. Le praticien, debout derrière lui contrôle le gril costal avec un appui antérieur et un appui postérieur.
Leviers et points d'appui : Le praticien écarte les coudes et se penche sur le patient afin d'utiliser l'inertie et la puissance du poids du corps, centré sur les pieds, point d'appui principal.
Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur l'ensemble de l'hémithorax à traiter (y compris son contenu viscéral). L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Cage thoracique : approche globale (3).

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en comprimant doucement et lentement les deux mains à la rencontre l'une de l'autre, tout en suivant la réponse spontanée des tissus sous la poussée. Le praticien utilise le plus possible la puissance passive de son corps. La tension est trouvée en resserrant les doigts par contraction des muscles intrinsèques des mains.
Réalisation de la technique : Le praticien comprime *très* lentement les deux mains à la rencontre l'une de l'autre et suit les tissus dans les directions spontanées qu'ils proposent sous la compression, ce qui fait converger les mains vers la densité. Il focalise l'attention sur l'espace où il ressent la densité localisée. Comme pour l'approche précédente, plusieurs cycles se succèdent, jusqu'au phénomène final, chacun marqué par un still-point plus ou moins long et une expansion. Apnée expiratoire, incitation au refus, dialogue tissulaire peuvent être utilisés lorsque les tissus se bloquent en position de contrainte ou qu'une zone dense rechigne à se remettre en communication.
Phénomène final : Still-point plus ou moins long, expansion importante de la structure, sensation de relâchement, inspiration du patient (et parfois du praticien). Toute tentative pour initier un nouveau cycle de relâchement est vaine.

Le sternum : recherche des rebonds

La recherche des zones denses se fait sur le sternum comme sur la colonne, par analyse de rebonds induits par le praticien. Le patient est allongé sur le dos. Le praticien, debout à côté de lui, initie de très légers rebonds sur le sternum avec le talon d'une main. Si deux zones ou plus semblent denses, il les compare et traite la plus dense en premier.

Sternum : recherche des densités par rebonds.

Densité sternale

Mise en place : Patient allongé sur le dos, praticien debout à côté de lui. Comme pour la crête sacrée et la densité vertébrale, une main contacte le sternum par la face palmaire du médius, l'autre main venant renforcer la première en la serrant.

Leviers et points d'appui : La main au contact du sternum est la main de perception, l'autre transmet la puissance. Le point d'appui principal est au sol.

Sternum : libération d'une zone dense.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la densité sternale à traiter (y compris le système viscéral interne). L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer l'énergie retenue. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : Le praticien trouve la densité, en comprimant lentement et doucement le sternum vers la table en se penchant lentement en avant, tout en suivant la réponse spontanée des tissus sous la poussée et la direction qu'ils indiquent. La tension est trouvée en resserrant les doigts par contraction des muscles intrinsèques des mains.

Réalisation de la technique : Le praticien suit les tissus dans la plus grande densité possible. Il focalise l'attention sur l'espace correspondant. Plusieurs cycles se succèdent, jusqu'au phénomène final, chacun marqué par un still-point plus ou moins long et une expansion. Apnée expiratoire, incitation au refus, dialogue tissulaire peuvent être utilisés lorsque les tissus se bloquent en position de contrainte ou qu'une zone dense rechigne à se remettre en communication.

Phénomène final : Still-point plus ou moins long, expansion importante de la structure, sensation de relâchement, inspiration du patient (et parfois du praticien). Toute tentative pour initier un nouveau cycle de relâchement est vaine. Un nouveau test de rebond est négatif dans la zone libérée.

Remarques : La région sternale contient souvent des charges émotionnelles qui peuvent se libérer violemment. Il importe d'aider le patient à accepter cette libération et de l'accompagner jusqu'à son terme.

Le travail sur les densités sternales conduira souvent sur des densités viscérales (péricarde, insertions sterno-péricardiques). Il suffit pour les libérer de suivre les tissus là où ils conduisent. Nous ne proposerons donc pas de technique spécifique à ce propos.

Après la technique : Crâne/bassin/crâne (phase 3) indispensable.

Libération d'une côte spécifique

Indication tissulaire : Lors d'une technique globale costale ou de la technique sur le sternum, le praticien perçoit une zone dense apparaissant sur l'insertion antérieure ou postérieure d'une côte, qui ne se libère pas spontanément.

Mise en place : Patient assis en bord de table, praticien derrière lui, ou assis à côté. Il place les doigts d'une main sur la zone d'insertion costale qu'il a perçue dense (ce peut être l'extrémité antérieure ou postérieure). Il localise l'autre extrémité de la même côte en plaçant le plat de l'autre main sur sa région supposée d'insertion et en envoyant un rebond à partir de la main qui est au contact de la densité. Il contrôle maintenant les deux extrémités de la côte, placées entre index et majeur de chaque main. Les doigts sont tendus et non fléchis, les coudes écartés. Les pouces peuvent ou non contacter la partie latérale de la côte.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui principal est reporté aux pieds du praticien s'il est debout et au niveau du bassin s'il est assis.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la densité costale à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer l'énergie retenue. Des cycles

d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : La main opposée à la densité pousse vers la zone dense et suit la réponse spontanée des tissus dans la direction qu'ils indiquent. Utilisant le poids du corps, le praticien pousse alors doucement la structure au niveau de la zone dense, analyse la réponse spontanée des tissus et les suit jusqu'à leur densité maximale.

Réalisation de la technique : Il suit tout mouvement proposé par la structure, jusqu'à retour à une position neutre, still-point et sensation de relâchement.

Côte spécifique, patient assis.

Phénomène final : Après un ou plusieurs cycles, les tissus reviennent à une position neutre, manifestent un still-point plus ou moins long, puis entrent en expansion, avec sensation nette de relâchement, inspiration du patient et parfois du praticien. Toute tentative pour initier un nouveau cycle de libération est vaine.

Remarques : La même technique peut être réalisée avec le patient en décubitus latéral, côté à traiter vers le haut. La réalisation combine les prises de main pour le travail spécifique et la position du praticien pour le travail global tel que décrit plus haut.

Côte spécifique, patient en décubitus latéral.

Technique de libération de la première côte (1)

Indication tissulaire : L'indication peut venir d'une attirance à partir de la ceinture scapulaire (décrite avec le membre supérieur), d'une attirance à partir des tissus mous postérieurs de la nuque, ou d'une recherche systématique du praticien en rapport avec les symptômes présentés par le patient.

Mise en place : Patient assis en bord de table. Le praticien, debout derrière lui, place la pulpe du majeur de la main médiale sur l'angle postérieur de la première côte. Ce contact n'est pas un contact de travail, mais un contact de perception, simplement destiné à évaluer les changements intervenant localement au cours de la libération. Avec la main latérale, le praticien saisit le membre supérieur du côté à traiter au niveau du coude, fléchi.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui principal est reporté aux pieds du praticien.

Libération de la première côte en utilisant le bras comme levier.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la densité costale à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer l'énergie retenue. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : Le majeur de la main médiale sur l'angle postérieur de la première côte, le praticien prend le temps d'équilibrer la charge du membre supérieur de son patient (comme décrit pour la technique sur les disques lombaires), la synchronisation correcte fait disparaître la sensation d'effort et donne une perception de plasticité. Il soulève alors doucement le membre supérieur en abduction, jusqu'à ce que le mouvement arrive au niveau du contact sur l'angle postérieur de la première côte. Il comprime ensuite doucement à partir du coude du patient vers la colonne, tout en analysant la réponse spontanée des tissus et en les suivants jusqu'à leur densité maximale.

Réalisation de la technique : Un seul cycle se réalise en général, déterminant un mouvement du membre supérieur plus ou moins ample, aboutissant à la sensation brutale du retour de son poids au moment où la zone dense se libère.

Phénomène final : La main au contact de l'angle postérieur de la côte perçoit nettement le relâchement. Un nouveau test indique la libération de la zone. Toute tentative pour initier un nouveau cycle est vaine.

Libération de la première côte (2)

Mise en place : Patient assis en bord de table. Le praticien, debout derrière lui, place la pulpe de la première phalange du majeur de la main médiale sur l'angle postérieur de la première côte. Le doigt est tendu. Le majeur de la main latérale vient contacter l'extrémité antérieure et interne de la deuxième côte (la première n'est pas accessible directement) avec l'extrémité du doigt en crochet sous l'extrémité interne de la clavicule. Il comprime la seconde côte sur la première. Le pouce de cette même main vient renforcer le majeur de la main postérieure par appui sur la face dorsale de la première phalange (voir photo).

Leviers et points d'appui : Le praticien travaille bras tendus (réalisée coudes fléchis, cette technique ne fonctionne pas). Le point d'appui principal est reporté aux pieds du praticien.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer l'enracinement et le lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la densité costale à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer l'énergie retenue. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : Travaillant bras tendus et utilisant la rotation du corps à partir des pieds, le praticien resserre la pince solidarisant extrémités antérieure et postérieure de la première côte, et compresse doucement la densité postérieure, tout en suivant la réponse spontanée des tissus jusqu'à leur densité maximale.

Libération de la première côte en prise directe.

Réalisation de la technique : Plusieurs cycles peuvent se produire, séparés par un still-point et une légère sensation d'expansion tissulaire. Le praticien peut utiliser les aides de l'apnée expiratoire et de l'incitation au refus si nécessaire.

Phénomène final : Après un ou plusieurs cycles, apparition d'un still-point plus ou moins long, sensation de relâchement, expansion tissulaire. Toute tentative pour initier un nouveau cycle est vaine.

Libération de la première côte : placement des mains.

LE DIAPHRAGME

Technique sur le diaphragme en décubitus dorsal

Mise en place : Comme pour la technique hépatique, praticien debout sur le côté droit du patient, allongé sur la table. La main gauche est posée à plat sur le gril costal inférieur du patient, pouce tourné vers le bassin (voir photo). L'autre main contrôle le gril costal de l'autre côté par un contact plus latéral et postérieur. Lorsque le patient a gardé un maillot léger, le contrôle de cette partie du gril costal peut se faire en empoignant le tissu. Cette prise est nettement plus puissante.

Position pour la technique diaphragmatique.

Position alternative, avec prise du vêtement.

Leviers et points d'appui : Les bras sont tendus. Le point d'appui est reporté au sol. Il importe que le praticien prenne une bonne conscience de ce point d'appui et travaille à partir du sol. Le temps d'enracinement lors de la mise en place de la présence peut l'y aider.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la région diaphragmatique. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer l'énergie retenue. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : Travaillant bras tendus et utilisant la rotation du corps à partir des pieds, le praticien rapproche les deux mains l'une de l'autre tout en suivant la réponse spontanée des tissus jusqu'à leur densité maximale.

Réalisation de la technique : Plusieurs cycles se succèdent, séparés par des still-points plus ou moins importants, les tissus indiquant à chaque fois la zone de densité.

Phénomène final : Après le retour au neutre et un still-point plus ou moins long, la sensation de relâchement est importante, avec perception d'une grande expansion tissulaire, et souvent, une profonde inspiration du patient. Toute tentative pour initier un nouveau cycle de libération est vaine.

Technique sur le diaphragme en position assise

Mise en place : Patient assis en bord de table. Le praticien, debout derrière lui, vient contacter les côtes inférieures avec la face antérieure de ses avant-bras, les mains se rejoignant au centre, doigts croisés.

Leviers et points d'appui : Le travail engage tout le corps du praticien, le point d'appui principal étant reporté dans les pieds.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la région diaphragmatique. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer l'énergie retenue. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en comprimant de l'avant vers l'arrière et en suivant la direction spontanée donnée par les tissus jusque dans leur densité maximale. Pour trouver la densité, le praticien n'utilise pas la force des bras, mais se laisse aller en arrière, utilisant la puissance passive de son corps.

Libération du diaphragme, patient en position assise.

Réalisation de la technique : Les tissus sont suivis dans les directions qu'ils indiquent jusqu'à la densité maximale, puis retour au neutre, still-point et relâchement. Plusieurs cycles peuvent s'enchaîner. Apnée expiratoire et incitation au refus peuvent être utilisées si nécessaire.

Phénomène final : Après plusieurs cycles de libération, retour en position neutre, still-point plus ou moins long, sensation de relâchement et d'expansion tissulaire, souvent, inspiration profonde du patient (et du praticien). Toute tentative pour initier un nouveau cycle est vaine.

Remarques : Cette position peut être utilisée pour libérer la région hépatique. Il suffit de focaliser attention, intention et forces de compression sur la région hépatique.

Après la technique : Crâne/bassin/crâne (phase 3).

VISCÉRAL ABDOMINAL

Un abord particulier

L'utilisation du modèle palpatoire dans la sphère viscérale a imposé quelques modifications dans la mise en place des paramètres. En effet, l'accord avec la densité a vite généré des difficultés, la principale étant la sensibilité de la région, rendant l'approche profonde trop désagréable ou douloureuse pour être poursuivie. La solution viable a été de privilégier le paramètre tension selon les modalités expliquées plus loin. À la réflexion, cela paraît logique. D'une part, la sphère viscérale abdominale est essentiellement constituée d'organes creux, ce qui donne à la tonicité périphérique, ou tension, la prépondérance sur la densité (quantité de matière). Cette zone, d'autre part, répond particulièrement au stress et nous avons reconnu une particulière corrélation entre stress et tension.

Notons par ailleurs que peuvent exister dans la sphère viscérale abdominale, des rétentions extrêmement importantes, induisant des zones de densité/tension bien plus fortes que ne laisserait supposer leur qualité *molle*.

Notons enfin que sur le plan mécanique, les régions viscérales sont particulièrement vulnérables aux traumatismes type whiplash, imposant de grandes quantités d'énergie, que les structures ne peuvent pas toujours répartir correctement. Rappelons en effet que ces régions comportent beaucoup d'insertions qui, à cause de la rupture dans l'homogénéité de la densité tissulaire, retiennent plus facilement l'énergie.

Technique sur la région hépatique

La technique concernant la région hépatique a été exposée dans le chapitre concernant les techniques essentielles. Elle ne sera donc pas représentée ici.

Approche globale de la sphère abdominale

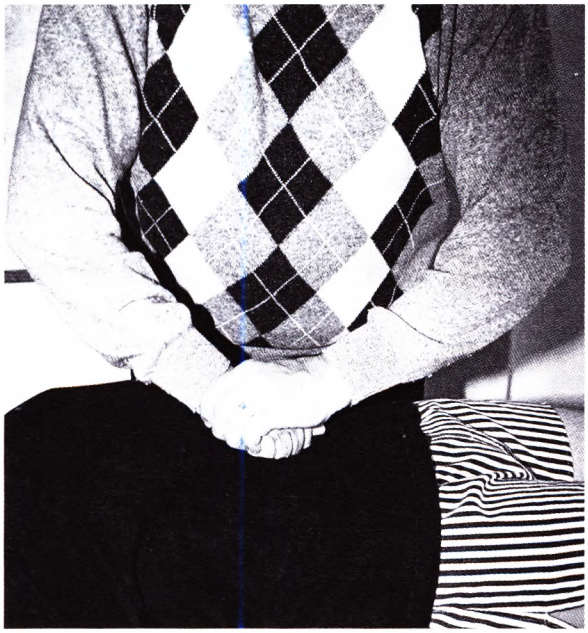
Indications tissulaires : À partir du crâne, sensation d'une traction longue s'appliquant sur la sphère antérieure. À partir du sacrum, traction verticale courte avec réponse positive lorsque la main sacrée est mise en communication avec l'autre main comprimant les viscères abdominaux vers le sacrum. Les symptômes du patient, suggérant une possible anomalie viscérale.

Comme toujours, nous privilégions l'abord global de la région, la libération globale permettant aux informations spécifiques d'émerger beaucoup plus nettement.

Mise en place : Patient allongé sur le dos. Si la musculature abdominale est trop tendue ou trop sensible, un coussin peut être placé sous les genoux pour la détendre. Le praticien est debout à côté. Il contacte la région abdominale avec le plat des doigts d'une main, renforcée par l'autre qui vient enserrer la première. Les coudes sont écartés.

Position alternative des mains : Le contact peut se faire avec le poing fermé, l'autre main venant l'enserrer.
Leviers et points d'appui : Le point d'appui est au sol.

Approche viscérale abdominale globale : contact main ouverte et contact poing fermé.



Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la région viscérale abdominale. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer l'énergie retenue. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.
Paramètres objectifs : Rappelons que, dans cette approche, nous privilégions le paramètre de tension. La tension est trouvée en resserrant très lentement les deux mains (ou en resserrant le poing si c'est la prise qui a été choisie), jusqu'à la perception d'un mouvement ou d'une direction indiquée par les tissus, que le praticien suit le plus fidèlement possible.
Remarque : Il convient de commencer presque totalement détendu et de serrer très progressivement. L'information de mouvement peut venir dès le début. Il convient de la suivre, tout en augmentant la tension jusqu'au plus fort nécessaire.
Réalisation de la technique : Le praticien suit la structure tissulaire qui peut manifester un mouvement de libération globale qu'il convient de suivre, jusqu'à retour en position neutre, still-point et expansion, avec sensation de relâchement.
Le plus souvent, cependant, le praticien se sent *appelé* par une zone dense. Il suit les tissus en s'adaptant à leur tension. En arrivant sur la zone qui appelle, la densité devient plus forte. Il suit les tissus jusqu'au maximum de rétraction dans la densité, perçoit de petits mouvements de libération jusqu'à relâchement, indiqué par le retour de la main au centre de l'abdomen (elle n'est plus attirée par la rétention), l'apparition d'un still-point et d'une légère expansion. Si les tissus restent bloqués en position de contrainte, le recours aux aides habituelles que sont apnée expiratoire et incitation au refus est possible.
En initiant un nouveau cycle, le praticien est attiré vers une autre zone dense (ou la même si elle ne s'est pas totalement libérée). Il poursuit ainsi tant que des cycles de libérations se produisent à partir de la mise en place de la tension sur la région ombilicale.
Phénomène final : Retour des tissus abdominaux à la position d'équilibre et arrêt du relâchement, still-point plus ou moins long, sensation de calme, de relâchement puis d'expansion, souvent accompagnée d'une profonde inspiration du patient et parfois du praticien. Toute tentative pour entamer un nouveau cycle de libération est vaine.
Après la technique : Le crâne/bassin/crâne s'impose, comme pour la technique hépatique. Les mouvements tissu-

laires ressentis dans le système crânien après la libération viscérale ne laissent aucun doute quant à l'importance des viscères dans le système corporel.
Lors des séminaires, pour rendre ces liens plus évidents, nous faisons pratiquer la technique viscérale à trois : patient sur la table, un praticien au crâne et un autre sur la sphère viscérale abdominale. Le praticien s'occupant de l'abdomen réalise la technique comme indiqué plus haut et celui qui est au crâne, réalise la technique crânienne globale décrite, avec prise à huit doigts, attention focalisée sur la sphère viscérale abdominale. Les mouvements et changements se produisant dans le système au cours de la libération viscérale impressionnent plus d'un étudiant...

QUESTIONS / RÉPONSES

Le battement artériel me gêne pour travailler sur l'abdomen.
Il peut être très présent chez certains patients. D'une manière générale, moins vous mettrez de densité, moins vous serez gêné par lui. Privilégiez la tension, appuyez à peine.

J'ai du mal à travailler avec la tension.
Je sais que c'est déroutant, puisque nous avons toujours travaillé avec la densité, mais essayez, essayez encore et vous constaterez que cela fonctionne très bien. Surtout partez d'un état détendu et *allez très lentement*. Le plus souvent l'information tissulaire arrive dès le début mais, pas suffisamment centré et en communication avec les tissus, vous la ratez. Ensuite, vous ne sentez plus rien. Dans ces cas, lâchez les mains et recommencez un nouveau cycle.

Cette approche éveille souvent de la douleur chez le patient.
Analysez avec lui de quelle douleur il s'agit. Souvent, c'est simplement un inconfort, une sensation désagréable, consécutive au travail viscéral lui-même et à la libération des rétentions. Comme le domaine viscéral se relie à l'anxiété et aux peurs en tout genre, le patient manifeste tout de suite, de peur que ça n'aille plus loin. Indiquez-lui à quoi correspond cette sensation désagréable et contractez avec lui l'accord que si elle devient trop forte, vous vous engagez à arrêter. Souvent, après un passage plus fort, l'inconfort diminue au cours du cycle de libération, et disparaît.
Si en revanche une douleur aiguë ou mal supportée par le patient apparaît, arrêtez. Vous n'êtes probablement pas sur une vraie rétention (jamais très douloureuse), mais à côté, ou bien vos paramètres de synchronisation ne sont pas justes. En général, le praticien est dans le *trop vite, trop fort*. Il va trop vite et appuie trop fort. L'abord viscéral demande de la subtilité.

Si j'en crois le peu de techniques que vous proposez sur la sphère viscérale abdominale, vous n'y attachez pas beaucoup d'importance.
Ni plus, ni moins qu'à n'importe quelle structure du corps, par définition essentielle dans l'économie du système corporel.
Mon attitude actuelle par rapport aux viscères en général résulte de mon expérience à la recherche d'une approche à la fois simple et efficace. S'il est en effet un domaine où la complexité règne, c'est bien le domaine viscéral. Comme pour les autres parties du corps, j'ai commencé par appliquer le concept tissulaire naissant aux viscères, et notamment aux viscères abdominaux. J'ai abordé la région en utilisant les éléments connus à l'époque et notamment ceux développés par Barral et Mercier qui rappelons-le furent pionniers dans ce domaine. Avant eux, en effet, les ostéopathes se préoccupaient peu du domaine viscéral. Certains connaissaient les travaux de Thure Brandt et Henri Stapfer, mais leur approche n'est pas spécifiquement ostéopathique et ne reconnaît pas le concept de motilité.
Toutefois, en abordant le viscéral, je me suis très vite heurté à mes habituels doutes, questions et incertitudes, portant sur les différents mouvements des structures tissulaires et sur les localisations viscérales. Laborieusement j'ai fini par percevoir les mouvements viscéraux décrits par Barral et Mercier. Mais j'ai très vite émis des réserves quant à ce que je percevais : les mouvements existent-ils vraiment, ce qui les rend perceptibles, ou bien ma perception résulte-t-elle du modèle de mouvement appris et que j'induis dans les tissus ? Je n'ai jamais réussi à trancher et surtout, cela ne débouchait pas sur une réelle efficacité thérapeutique.
Quant à la localisation, j'ai toujours admiré certains praticiens affirmant péremptoirement contacter telle ou telle partie viscérale avec une certitude que je n'ai jamais réussi à obtenir. Lorsque je constate la différence existant entre la représentation anatomi-

que schématique livresque et les photos de dissection d'une part et le monde qui sépare le cadavre du vivant d'autre part, j'ai des doutes. Bref, j'ai rarement eu la certitude absolue de toucher tel ou tel détail anatomique viscéral, même si je sais grossièrement les localiser. Il fallait trouver une solution pour gérer ces doutes et complexités, tout en étant efficace.

Dans la sphère viscérale abdominale coexistent une multitude de mouvements différents et juxtaposés, tous liés à la vie et à sa manifestation. Exprimant la vie organique, chacun d'eux témoigne de l'état de santé de la structure qui le génère, mais cette juxtaposition induit une grande complexité. Fidèle au modèle développé, j'en suis venu, comme pour les autres parties du corps, à penser que la physiologie étant la manifestation naturelle de la santé, l'essentiel n'est pas tant de se focaliser sur les mouvements physiologiques produits par la vie organique, que de détecter les restrictions qui entravent cette manifestation, pour les libérer.

J'ai donc appliqué aux viscères en général et à l'abdomen en particulier le même concept que celui utilisé ailleurs dans le corps, à savoir le modèle de rétention d'énergie qui attire les tissus connectés et l'action de libération, postulant que la libération des rétentions suffit à permettre la restauration des différents types de mouvement, manifestant ainsi la santé. Le plus gros problème fut d'accepter la simplicité qui en a résulté. J'insiste cependant sur le fait qu'il est toujours possible d'utiliser d'autres approches ou techniques manuelles en leur appliquant les concepts principaux développés avec le modèle tissulaire.

Considérez-vous le système nerveux central comme un viscère ?

Oui, bien entendu. Sa motilité a d'ailleurs été largement étudiée par les ostéopathes crâniens, qui l'associent à sa croissance lors du développement embryologique pour expliquer ses mouvements organiques spécifiques : *« Le troisième principe dans le mécanisme respiratoire primaire concerne le cerveau et la moelle épinière, c'est-à-dire le système nerveux central. Ce système se forme comme un tube lors des premiers jours de la vie de l'embryon et garde cette forme tout au long de la vie. Par elle-même, cette affirmation montre la simplicité du système. Il n'est pas si difficile de comprendre le cerveau si vous le considérez comme un simple tube neural. Lorsque les hémisphères cérébraux arrivent au sommet de la tête, ils se retournent en arrière. C'est tout. Il y a cependant un autre facteur, la motilité. L'activité physiologique exprime des mouvements de cellules et du cerveau ayant des caractéristiques mécaniques, la motilité. Cette motilité a une fonction mécanique dans le fonctionnement du mécanisme respiratoire primaire. »* (Wales ed., 1990, 18-19.) Il semble d'ailleurs que cette manière de considérer le système nerveux central ait inspiré Barral et Mercier qui l'ont transposée à la totalité de la sphère viscérale : *« Nous sommes partis dans nos recherches du fait clinique expérimental. Chaque organe a été étudié en déterminant ses mouvements de mobilité et de mobilité. Tous ces mouvements se sont vu attribuer des axes précis. Grande fut notre surprise de voir que ces directions de mouvements reproduisaient ceux de développement embryonnaire ! »* (Barral, Mercier, 1983, 19.)

Dans le travail de la boule crânienne, même si je ne me suis pas particulièrement étendu sur la question, j'inclus le système nerveux central qui, en tant que système vivant peut très bien contenir des rétentions. Cela permet du même coup de mieux comprendre certains concepts tels ceux développés par le Dr Hamer[1], considérés par beaucoup comme totalement hérétiques, mais qui, au regard de la conscience et des rétentions, ne sont peut-être pas si fous que cela.

Si vous doutez de la possibilité de travailler avec le système nerveux central en tant qu'organe répondant, je vous propose les exercices suivants :

- Tout d'abord, réalisez la technique crânienne globale comme vous l'avez déjà fait depuis le début de ce travail et analysez les perceptions qui en découlent ;
- Recommencez un cycle en incluant consciemment le système nerveux central dans votre champ d'attention, et en analysant les changements que vous ressentez dans votre perception de la boule crânienne ;
- Recommencez ensuite un cycle global en focalisant et verbalisant attention et intention spécifiquement sur le système nerveux central ;
- Reprenez un cycle global en focalisant et verbalisant attention et intention alternativement sur certaines parties du système nerveux central (hémisphère, lobe, etc.) et analysez comment répondent les structures sous vos mains…

D'après Barral et Mercier, chaque organe, chaque viscère a sa motilité propre. Si nous reprenons le modèle de conscience tissulaire, de présence et de syntonisation que vous avez présenté, chaque organe centré par un fulcrum aurait son propre rythme ?

1. Ryke Geerd Hamer : Médecin allemand né en 1935 qui a émis l'hypothèse d'une étroite corrélation entre conflit de nature psychologique, cerveau et organe : un grave conflit vécu dans l'isolement et la solitude déclenche une réponse biologique automatique se répercutant sur un organe particulier. Selon Hamer, il y aurait corrélation entre la nature du conflit et la localisation d'un foyer cérébral, et correspondance anatomo-biologique entre la localisation du foyer cérébral et l'organe atteint. Les travaux du Dr Hamer sont aujourd'hui développés en France par un courant conceptuel reposant sur l'interprétation symbolique de la maladie que l'on nomme *Médecine nouvelle*.

On peut le concevoir : « [...] *À côté de cette mobilité subie, existe au niveau du viscère une mobilité vécue, active qui résulte d'une faculté motrice intrinsèque de sa structure que nous dénommons "motilité". Le viscère se mobilise par ses propres moyens. C'est un mouvement lent et de faible amplitude, non visible.* » (Barral, Mercier, 1983, 17.) À un moment de ma recherche, je me suis plus particulièrement intéressé à cette question. Je me suis par exemple rendu compte qu'en focalisant et verbalisant l'attention et l'intention sur le système nerveux central, je finissais par percevoir un mouvement d'expansion/ rétraction de rythme différent de celui de la simple perception du crâne dans sa globalité. Puis, en focalisant et verbalisant attention et intention sur d'autres organes, j'obtenais la perception de rythmes différents, plus lents ou plus rapides. Mais tout cela appartient au domaine de la perception et les parasitages sont tellement nombreux que la gestion en est particulièrement difficile et ne permet pas de conclure quoi que ce soit. Cela m'a cependant orienté vers le concept de conscience tissulaire : le rythme de mouvement perçu dépendrait de la conscience avec laquelle je me syntonise. Mais il s'agit de spéculations et comme par ailleurs cela n'a pas débouché pour moi sur quelque technique fiable, je n'ai pas persisté dans cette voie de recherche.

En revanche, l'idée que chaque organe serait centré sur une conscience lui servant de fulcrum non matériel m'intéresse parce qu'elle est cohérente par rapport au modèle et rejoint d'autres approches, notamment énergétiques chinoises. Nous n'avons probablement pas compris que l'énergéticien chinois, lorsqu'il parle d'un organe, ne parle pas de l'organe matériel, mais de la conscience qui le centre. Ce *détail* rend ses propos tout à coup très cohérents : il œuvre à un autre niveau du cône de connaissance, à un niveau non matériel, énergétique vital, celui de la conscience. Il nous parle de consciences échangeant de l'énergie vitale. Ainsi peut-il tester à partir des pouls et obtenir des réponses comme nous en avons obtenu avec les ballons en portant successivement notre attention sur telle ou telle partie du corps. Je n'ai pas non plus travaillé dans cette voie, mais j'y discerne une cohérence qui nous a sans doute échappé.

Cela a pour moi renforcé le concept de centres de conscience tissulaire qui seul peut, à mes yeux, expliquer la biocommunication, permettre de comprendre que le simple fait de focaliser et de verbaliser l'attention et l'intention sur une partie du corps induise des modifications dans la perception tissulaire. Ces changements ne sont possibles que parce qu'il y a de la conscience et du même coup, cela nous permet d'envisager de communiquer autrement avec le système corporel, ce qui sera développé dans le chapitre sur le dialogue tissulaire qui présentera un *modus operandi*.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE MAINTENANT

Nous allons poursuivre l'exposé des techniques en nous intéressant aux membres.

> « *Si le corps est l'empire de l'homme vivant, quelle est la taille de l'empereur ? Doit-il nécessairement être aussi grand que tout l'empire ? La maison n'est-elle pas beaucoup plus grande que la dame qui y préside et la gouverne ? Si nous reconnaissons que c'est vrai, nous devons alors déduire que la vie chez l'homme et l'animal, est un être organisé d'une parfaite pureté matérielle et spirituelle, avec des pouvoirs si grands que seul un petit espace dans le corps lui est nécessaire. Mon opinion est que la Vie organisée, chez l'homme ou l'animal, est très petite, et qu'elle est la puissance qui se tient derrière le trône du corps physique de l'homme.* »
>
> (Still, 2001, 301.)

CEINTURES ET MEMBRES 14

« À la conception, chaque organe de tout le corps humain
s'engage dans un grand syndicat. Tous travaillent à réaliser du bon ouvrage,
jusqu'à ce qu'un membre de l'union soit maltraité.
Alors toute la confrérie s'arrête pour délibérer, et elle ne transige jamais,
jusqu'à ce que le docteur remette tout en place,
ou s'excuse pour son échec et demande conseil.
La tête, le cou, la poitrine, l'abdomen, les membres,
tous les organes appartiennent à cette confrérie syndicale,
et ils sont chargés de présenter un travail parfait et une bonne santé. »

Andrew Taylor Still, *Ostéopathie. Recherche et pratique*, p. 23.

LE MEMBRE SUPÉRIEUR

Ceinture scapulaire : approche globale, patient en décubitus

Indications tissulaires : Outre la plainte du patient, les approches de la base du crâne et de la colonne cervicale orientent le praticien vers la ceinture scapulaire.

Mise en place : Le patient est allongé sur le dos, de manière à laisser un espace suffisant entre sa tête et le bord de la table, permettant au praticien d'y appuyer ses coudes. Le praticien contacte les faces latérales des épaules du patient avec le plat des mains.

Leviers et points d'appui : Deux points d'appui secondaires constitués par les coudes posés sur la table, un point d'appui principal reporté à l'assise du praticien sur son siège.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur l'ensemble de la ceinture scapulaire. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en comprimant très lentement les deux épaules médialement et en suivant la réponse spontanée des tissus sous la poussée, jusqu'à la densité maximale. La tension est mise en resserrant les doigts par contraction des muscles intrinsèques de la main.

Remarque : La compression médiale pour aller dans la densité se fait en utilisant au maximum la puissance passive du tronc centré sur le bassin, et au minimum le travail des bras, centrés sur les coudes.

Ceinture scapulaire : approche globale, patient allongé sur le dos.

Réalisation de la technique : Le praticien suit les tissus dans leur réponse à la compression jusqu'à la densité maximale, en focalisant et verbalisant attention et intention dans l'espace d'où appelle une densité. Il réalise plusieurs cycles successifs, selon la demande tissulaire, chaque cycle se terminant par un retour au neutre, un still-point et une expansion tissulaire accompagnée ou non d'une inspiration du patient. En cas de blocage en position de contrainte, apnée expiratoire et incitation au refus sont utilisées.

Phénomène final : Retour au neutre des structures, still-point plus ou moins long suivi d'une grande expansion tissulaire et souvent d'une inspiration profonde du patient (parfois du praticien). Toute tentative pour initier un nouveau cycle de libération est vaine.

Remarques : Il arrive qu'une zone de la ceinture demeure dense et malgré la focalisation de l'attention, de l'intention et de forces de compression sur plusieurs cycles successifs, ne se libère pas complètement. Il convient alors de lui appliquer une technique spécifique.

Après la technique : Si une zone de la ceinture demeure dense, la technique appropriée y est pratiquée jusqu'à libération, puis crâne/bassin/crâne pour réharmoniser et recentrer le système.

Ceinture scapulaire : approche globale, patient assis

Indication tissulaire : La densité sur la ceinture est globalement importante et ne permet pas d'obtenir une information fiable. Seul un côté est perçu plus dense que l'autre.

Remarque : Même lorsque la densité scapulaire ne semble pas très importante, nous conseillons de réaliser en premier l'approche globale, qui permet souvent de libérer plusieurs rétentions spécifiques qui ne nécessiteront donc pas d'attention particulière.

Mise en place : Patient assis en bord de table, praticien assis tête-bêche sur le côté le plus dense. Il appuie l'épaule du patient sur son thorax, au niveau du sillon delto-pectoral situé vers l'avant du patient. Les deux mains se rejoignent, doigts croisés sur la face latérale de l'épaule opposée.

Remarque : L'appui du patient dans le sillon delto-pectoral du praticien est important pour éviter de comprimer le thorax du praticien et les structures internes, notamment le cœur lorsque l'appui est à gauche.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui principal est reporté à l'assise du praticien au niveau du bassin.

Ceinture scapulaire : approche globale, patient assis.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur le côté dense de la ceinture scapulaire (ici, celui contacté avec son thorax). L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en comprimant très lentement l'épaule opposée du patient vers le contact thoracique du praticien et en suivant la réponse spontanée des tissus sous la poussée, jusqu'à la densité maximale. La tension est mise en resserrant les doigts par contraction des muscles intrinsèques des deux mains.

Réalisation de la technique : Le praticien suit les tissus dans leur réponse à la compression jusqu'à la densité maximale, en focalisant et verbalisant attention et intention dans l'espace d'où appelle une densité. Il réalise le nombre de cycles nécessaires, selon la demande tissulaire, chaque cycle se terminant par un retour au neutre, un still-point et une expansion tissulaire accompagnée ou non d'une inspiration du patient. En cas de blocage en position de contrainte, apnée expiratoire et incitation au refus sont utilisées.

Phénomène final : Retour au neutre des structures, still-point plus ou moins long suivi d'une grande expansion tissulaire et souvent d'une inspiration profonde du patient (parfois du praticien). Toute tentative pour initier un nouveau cycle de libération est vaine.

Remarque : Les mouvements peuvent être très amples, centrés sur l'épaule au contact du thorax du praticien, et engager plus que la ceinture scapulaire. Il faut suivre, quelles que soient l'amplitude des

mouvements et l'étendue de l'engagement corporel du patient.

Remarques : L'appui du côté dense est particulièrement intéressant lorsque la densité est consécutive à un choc ou une chute du patient sur cette épaule. Dans ce cas en effet, l'ensemble des structures corporelles est venu converger sur l'épaule fixée par le trauma. La technique aide donc à reproduire le mécanisme du traumatisme et à le libérer. Cependant, le praticien peut choisir de travailler à partir du côté dense ou de l'autre côté. Il conviendra alors de modifier le placement de l'attention, de l'intention et de la compression pour centrer le travail sur l'épaule opposée au contact.

Après la technique : Tester globalement comme indiqué ci-dessous pour vérifier la liberté de la ceinture et traiter selon les informations présentées par les structures. Puis, réharmoniser et recentrer le système par le crâne/bassin/crâne.

Ceinture scapulaire : recherche d'information, patient assis

Indications tissulaires : Après libération de la colonne cervicale ou dorsale, le praticien est attiré par des attirances émanant de la ceinture scapulaire. Le plus souvent, ce sont la plainte ou les symptômes présentés par le patient qui conduisent le praticien à examiner cette région. Parfois, le travail global ne semble pas totalement suffisant et le praticien a besoin d'information plus précise sur la localisation des rétentions.

Mise en place : Le patient est assis en bord de table, le praticien, debout derrière lui, contacte les faces latérales des épaules avec le plat de la main, doigts tendus.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui principal est au sol, au niveau des pieds du praticien.

Paramètres subjectifs : Attention et intention sont focalisées sur l'ensemble de la ceinture scapulaire. L'intention n'est pas de traiter, mais d'obtenir de l'information.

Paramètres objectifs : La densité est lentement mise en place en comprimant les deux mains médialement l'une vers l'autre et en analysant la réponse tissulaire sous l'impulsion. Pas de tension.

Informations tissulaires : La première information parvenant au praticien concerne l'état de densité d'un côté par rapport à l'autre. La densité est rarement homogène et un côté apparaît plus dense que l'autre. C'est sur lui que se focalise l'attention. Le praticien donne ensuite une impulsion de poussée médiale et analyse comment se comportent les tissus sous sa poussée :

- la main rencontre une densité externe prononcée qui semble l'arrêter. Cela indique une densité acromio-claviculaire ou scapulo-humérale qu'il convient de traiter en premier ;
- les tissus acceptent la poussée et, comme le bateau avance sous la poussée, guidé par son gouvernail, semblent se laisser déprimer sous la pression du praticien, mais la direction qu'ils proposent va vers le dedans et l'avant, ce qui indique une densité sterno-claviculaire ;
- les tissus, au contraire, emmènent le praticien vers le dedans et l'arrière, ce qui indique une densité sur la région de la première côte. Bien que la première côte ne fasse pas anatomiquement partie de la ceinture scapulaire, cette information est fiable. Le traitement approprié est indiqué dans le chapitre précédent, avec la cage thoracique.

Recherche d'information sur la ceinture scapulaire.

Ceinture scapulaire : acromio-claviculaire (1)

Indication tissulaire : Densité externe sur l'épaule comme ci-dessus, ou sensation de densité persistante à la fin d'une des techniques globales.

Remarque : J'ai, par le passé, raté beaucoup d'acromio-claviculaires parce que je n'allais pas suffisamment loin dans la densité. N'atteignant pas un niveau suffisant de densité, je n'avais pas l'information et pensais l'articulation libre alors qu'elle ne l'était pas. Dans l'approche tissulaire, l'acromio-

claviculaire est considérée comme la clé de l'épaule.
Mise en place : Patient assis en bord de table, praticien debout derrière lui. Le praticien contacte l'épine de l'omoplate du côté à traiter par un contact direct perpendiculaire des doigts ou en la prenant longitudinalement en pince entre l'index et le médius. L'autre main, passant en avant du patient par l'autre côté, vient contacter et contrôler la clavicule en la pinçant entre le pouce et l'index replié.
Leviers et points d'appui : Les coudes du praticien sont écartés. Le point d'appui principal est au sol, au niveau des pieds du praticien.

Acromio-claviculaire : première technique.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la région acromio-claviculaire à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.
Paramètres objectifs : La densité est trouvée en poussant l'omoplate et la clavicule vers l'acromion et en analysant et suivant la réponse spontanée des tissus sous la poussée, jusqu'à la densité maximale. La tension est mise en resserrant les doigts par contraction des muscles intrinsèques des mains.
Réalisation de la technique : Le praticien suit les tissus dans leur réponse à la compression jusqu'à la densité maximale, en focalisant et verbalisant attention et intention dans l'espace d'où appelle une densité. Dans cette région, la mobilité obtenue sera lente, lourde, pâteuse. Il réalise le nombre de cycles nécessaires, selon la demande tissulaire, chaque cycle se terminant par un retour au neutre, un still-point et une expansion tissulaire accompagnée ou non d'une inspiration du patient. En cas de blocage en position de contrainte, apnée expiratoire et incitation au refus sont utilisées.
Phénomène final : Retour au neutre des structures, still-point plus ou moins long suivi d'une grande expansion tissulaire, accompagnée d'une sensation très nette de libération structurelle profonde. Toute tentative pour initier un nouveau cycle de libération est vaine.
Après la technique : Reprendre le test global pour s'assurer que la zone est vraiment libre. Si elle ne l'est pas, recommencer la technique. Traiter toute autre densité révélée par le nouveau test, puis réharmoniser et recentrer le système par le crâne/bassin/crâne.

Ceinture scapulaire : acromio-claviculaire (2)
Indication tissulaire : Comme ci-dessus. Également, si la technique ci-dessus ne fonctionne pas bien.
Mise en place : Patient assis en bord de table, praticien assis tête-bêche du côté à traiter. Il contacte l'épine de l'omoplate et la clavicule avec le talon des mains, les doigts croisés au-dessus de l'épaule.
Leviers et points d'appui : Les coudes du praticien sont écartés. Un point d'appui secondaire est constitué par les doigts entrecroisés au-dessus de l'épaule du patient, le point d'appui principal est au sol, au niveau des pieds du praticien.

Acromio-claviculaire : deuxième technique.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la région acromio-claviculaire à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en comprimant doucement, lentement, le talon des mains l'un vers l'autre en utilisant le point d'appui secondaire offert par les doigts entrecroisés, puis, en amenant doucement clavicule et omoplate vers l'acromion, en utilisant pour cela le poids du corps centré sur les pieds. La tension est mise en resserrant les doigts par contraction des muscles intrinsèques des mains.

Réalisation de la technique : Le praticien suit les tissus dans leur réponse à la compression jusqu'à la densité maximale, en focalisant et verbalisant attention et intention dans l'espace d'où appelle une densité (ici acromion). La mobilité obtenue est lente, lourde, pâteuse. Il réalise le nombre de cycles nécessaires, selon la demande tissulaire, chaque cycle se terminant par un retour au neutre, un still-point et une expansion tissulaire accompagnée ou non d'une inspiration du patient. En cas de blocage en position de contrainte, et il est fréquent, apnée expiratoire et incitation au refus sont utilisées.

Phénomène final : Retour au neutre des structures, still-point plus ou moins long suivi d'une expansion tissulaire, accompagnée d'une sensation très nette de libération structurelle profonde, ressentie plutôt comme une fonte des tissus sous les mains. Toute tentative pour initier un nouveau cycle de libération est vaine.

Après la technique : Comme ci-dessus. Puis réharmoniser et recentrer le système par le crâne/bassin/crâne.

Ceinture scapulaire : sterno-claviculaire

Indication tissulaire : Lors de la technique sur le sternum, traction et densité perçue dans cette zone. Lors du test sur la ceinture scapulaire, traction à partir de l'épaule vers l'avant et le dedans.

Mise en place : Patient allongé sur le dos, praticien debout à sa tête. La clavicule est contactée par le pouce de la main externe, tourné vers la partie sternale de la clavicule. Le sternum est contacté par la pulpe du pouce de l'autre main, tournée vers la clavicule.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui principal est au sol, au niveau des pieds du praticien.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la région sterno-claviculaire à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : En utilisant le poids du corps, le praticien trouve la densité en comprimant doucement, lentement, les deux pouces l'un vers l'autre, c'est-à-dire en rapprochant les deux os l'un de l'autre et en suivant tout mouvement tissulaire jusqu'au maximum de la densité. La tension est mise en resserrant les doigts par contraction des muscles intrinsèques des mains.

Réalisation de la technique : Le praticien suit les tissus dans leur réponse à la compression jusqu'à la densité maximale, en focalisant et verbalisant attention et intention dans l'espace d'où appelle une densité, ici sterno-claviculaire. La mobilité obtenue est lente, lourde, pâteuse. Il réalise le nombre de cycles nécessaires, selon la demande tissulaire, chaque cycle se terminant par un retour au neutre, un still-point et une expansion tissulaire. En cas de blocage en position de contrainte (fréquent), apnée expiratoire et incitation au refus sont utilisées.

Phénomène final : Retour au neutre des structures, still-point plus ou moins long suivi d'une expansion tissulaire, accompagnée d'une sensation très nette de libération structurelle profonde, ressentie plutôt comme une fonte des tissus sous les mains. Toute tentative pour initier un nouveau cycle de libération est vaine.

Après la technique : Reprendre le test global pour s'assurer de la libération de la zone. Si elle ne l'est pas, recommencer la technique. Traiter toute autre densité révélée par le nouveau test, puis réharmoniser et recentrer le système par le crâne/bassin/crâne.

Ceinture scapulaire : scapulo-humérale

Indication tissulaire : Densité résiduelle mais plus diffuse, après une libération acromio-claviculaire.

Mise en place : Patient allongé sur le dos, praticien debout du côté à traiter. Il contacte l'extrémité supérieure de l'humérus, juste sous la tête, pouce en avant, les autres doigts en arrière. L'autre main supporte et contrôle le membre du patient au niveau de l'avant-bras et du coude.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui principal est au sol, au niveau des pieds du praticien.

Scapulo-humérale.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la région scapulo-humérale à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : Légère compression des tissus mous au contact huméral pour atteindre la densité osseuse, puis, en utilisant le poids du corps, le praticien trouve la densité en comprimant doucement, lentement, l'épaule du patient vers le haut. La tension est mise en resserrant les doigts par contraction des muscles intrinsèques des mains.

Réalisation de la technique : Le praticien suit les tissus dans leur réponse à la compression jusqu'à la densité maximale, en focalisant et verbalisant attention et intention dans l'espace d'où appelle une densité, ici scapulo-humérale. Le mouvement peut engager plus que l'épaule. Il réalise le nombre de cycles nécessaires, selon la demande tissulaire, chaque cycle se terminant par un retour au neutre, un still-point et un relâchement. En cas de blocage en position de contrainte, apnée expiratoire et incitation au refus sont utilisées.

Phénomène final : Retour au neutre des structures, still-point plus ou moins long, accompagnée d'une perception très nette de libération structurelle profonde : la sensation que plus rien ne venant comprimer la scapulo-humérale, le bras redescend brutalement. Toute tentative pour initier un nouveau cycle de libération est vaine.

Après la technique : Reprendre le test global pour s'assurer que la zone est vraiment libre. Si elle ne l'est pas, recommencer la technique. Traiter toute autre densité révélée par le nouveau test, puis réharmoniser et recentrer le système par le crâne/bassin/crâne.

Membre supérieur : approche globale

L'objectif premier est d'obtenir de l'information permettant de déterminer le niveau de densité maximale du membre supérieur, puis de le traiter globalement avant de recourir à tout travail spécifique.

Mise en place : Patient allongé sur le dos, près du bord de la table. La table ne doit pas empêcher le membre supérieur d'aller vers le bas. Le praticien tient la main du patient comme pour lui dire bonjour.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui principal est au sol, au niveau des pieds du praticien.

Membre supérieur, approche globale.

Test : Le praticien, comme pour la technique sur les disques lombaires, équilibre densité, tension en serrant doucement, très progressivement la main du patient, et poids du membre, jusqu'à perdre la sensation de poids. Le membre semble se soutenir seul. Il initie alors une très légère traction, plutôt un petit à-coup, et analyse la propagation de cette impulsion le long du membre. Il discerne très vite si l'impulsion s'arrête tout de suite (poignet), plus loin (le coude) ou encore plus loin (l'épaule). Il localise ainsi la zone la plus dense du membre.

Technique : La technique se réalise en partant des mêmes paramètres.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur l'ensemble du membre supérieur. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : Ils se mettent en place comme pour le test ci-dessus. Le praticien focalise et verbalise attention et intention selon la perception qu'il obtient par le test et dès qu'un mouvement démarre, il le suit en demeurant centré sur la zone perçue comme dense. Il peut être nécessaire de soutenir le coude avec l'autre main au cours du déroulement.

Réalisation de la technique : Le praticien suit les tissus dans les différents cycles de libération, jusqu'à arrêt, still-point et relâchement. À la fin d'un cycle, il peut attendre qu'un nouveau cycle s'amorce, ou reprendre de nouveaux paramètres et recommencer le test global indiqué ci-dessus. Des densités peuvent apparaître dans d'autres zones du membre supérieur.

Phénomène final : Après un ou plusieurs cycles, retour en position neutre, still-point plus ou moins long, sensation de détente dans le membre supérieur, sensation de le sentir tout à coup peser (les paramètres avec lesquels le praticien s'est synchronisé ayant changé, la perception du poids revient). Toute tentative pour initier un nouveau cycle est vaine.

Remarques : Une zone du membre supérieur peut devenir de plus en plus dense au fur et à mesure qu'on en libère d'autres, moins importantes. La focalisation à partir de l'approche globale s'avère insuffisante pour la libérer, et il convient alors de recourir à une approche spécifique.

Après la technique : Lorsqu'il n'y a plus perception de densité dans le membre supérieur, recourir à crâne/bassin/crâne, pour réharmoniser et recentrer le système.

Membre supérieur : le coude global

Indication tissulaire : Essentiellement quand l'approche globale du membre supérieur a révélé une forte densité dans cette région. Même si les symptômes évoqués par le patient suffisent à orienter vers le membre supérieur, l'approche globale doit être réalisée en premier. Elle permet de libérer bon nombre de rétentions mineures et bien souvent évite le recours à une technique spécifique. Ne recourir à l'abord spécifique que s'il est impossible de faire autrement.

Mise en place : Le patient comme pour l'approche globale ci-dessus. Le praticien debout du côté à traiter contrôle l'avant-bras du patient, doigts croisés sur la face postérieure, talon des mains sur la face antérieure. Il enserre ainsi les extrémités supérieures du radius et du cubitus entre le talon des mains en avant et doigts croisés en arrière. Il comprime avec les muscles intrinsèques des mains pour atteindre les plans osseux.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui principal est au sol, au niveau des pieds du praticien.

Coude, approche globale.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur l'ensemble du coude à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en comprimant doucement, lentement l'avant-bras vers le coude et en suivant la direction spontanée donnée par les tissus du patient. La tension est mise dans la contraction des muscles intrinsèques des mains.

Réalisation de la technique : Le praticien suit tout mouvement des tissus jusqu'à la densité maximale et leur libération jusqu'à retour en position neutre, still-point, expansion. Il tente ensuite d'initier un nouveau cycle.

Remarque : Il arrive souvent que la densité soit clairement perçue comme passant d'une partie de l'articulation du coude à l'autre. Comme d'habitude, attention et intention sont alors focalisées et verbalisées sur la partie qui se libère.

Phénomène final : Le praticien initie autant de cycles que nécessaires, jusqu'à retour en position neutre, still-point plus ou moins long, sensation très nette de fonte des structures et de relâchement. Toute tentative pour initier un nouveau cycle est vaine.

Après la technique : Reprendre le test global pour vérifier que le coude est libre, et chercher d'autres rétentions éventuelles sur le membre supérieur. Les traiter par l'approche globale ou l'approche spécifique, selon le besoin. Lorsqu'il n'y a plus d'information de densité, crâne/bassin/crâne pour réharmoniser et recentrer le système.

Remarque : La même prise réalisée avec un contact plus bas sur les deux os de l'avant-bras permet de traiter la membrane interosseuse si nécessaire.

Membre supérieur : articulation cubito-humérale et cubitus intra-osseux

Indication tissulaire : Essentiellement quand la technique globale du coude focalise sur une densité du compartiment cubito-huméral qu'il convient alors d'aborder spécifiquement.

Remarque : Tout comme l'acromio-claviculaire est la clé de l'épaule, la cubito-humérale est celle du coude, à la condition d'aller dans une densité suffisamment grande.

Mise en place : Patient comme pour l'approche globale ci-dessus. Le praticien debout du côté à traiter, à l'extérieur du membre supérieur du patient, contrôle le cubitus à chacune de ses extrémités avec le talon de la main en avant et les doigts en arrière.

Leviers et points d'appui : Un point d'appui secondaire est donné par un contact de l'extrémité supérieure de l'avant-bras du patient sur la cuisse du praticien. Le point d'appui principal est au sol, au niveau des pieds du praticien.

Membre supérieur, cubito-humérale, cubitus intra-osseux.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la région cubito-humérale à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en comprimant le cubitus vers l'humérus. Le praticien utilise pour cela la puissance de son corps en initiant le mouvement par une simple rotation du tronc. La tension est mise en resserrant les contacts supérieurs et inférieurs par contraction des muscles intrinsèques de la main.

Réalisation de la technique : Utilisant le poids du corps, le praticien suit les tissus dans les directions qu'ils indiquent, jusqu'au maximum de leur densité, puis suit leur relâchement, jusqu'à retour au neutre et relâchement. Il initie autant de cycles que nécessaires. Il peut recourir à l'apnée expiratoire et à l'incitation au refus si nécessaire.

Phénomène final : Retour au neutre, still-point plus ou moins long, nette sensation de ramollissement des structures. Toute tentative pour initier un nouveau cycle est vaine.

Remarque : La même prise peut être utilisée pour travailler la structure osseuse du cubitus. Mais cette fois, au lieu de le comprimer vers l'humérus, le praticien comprime le cubitus et suit les structures dans les directions et mouvements qu'elles indiquent.

Après la technique : Nouveau test global, traitement de toute densité apparaissant encore, puis crâne/bassin/crâne.

Membre supérieur : articulation radio-humérale et radius intra-osseux

La technique est la même. Seule change la position du praticien qui se place entre l'avant-bras et le corps du patient pour avoir un appui sur le cubitus, au lieu du radius. Bien entendu, les focalisations et verbalisation de l'attention et de l'intention sont orientées vers la radio-humérale.

Membre supérieur, radio-humérale, radius intra-osseux.

Membre supérieur : le poignet

Indication tissulaire : La densité est localisée au poignet par l'approche globale et précisée par une prise en sandwich du poignet qui révèle facilement toute densité.

Mise en place : Le patient comme ci-dessus. Le praticien, debout du côté à traiter, enserre la zone du poignet dense entre les deux pouces qui se recouvrent d'un côté et les doigts croisés de l'autre.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui principal est au sol, au niveau des pieds du praticien.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur le poignet à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en comprimant très lentement, et très doucement la zone dense, en resserrant la pince pouces/doigts. Dès qu'un mouvement démarre, il est suivi. Il dépasse la plupart du temps la région du poignet. Le praticien suit tout mouvement perçu, quelle que soit son amplitude. Le mouvement peut être rapide.

Réalisation de la technique : Le praticien suit les tissus jusqu'à retour au neutre. Il tente d'initier autant de cycles que nécessaire.

Membre supérieur, poignet.

Phénomène final : Retour au neutre, still-point, sensation de ramollissement net des tissus. Toute tentative pour initier un nouveau cycle est vaine.

Après la technique : Recherche et traitement d'autres densités au poignet et dans le membre supérieur, puis crâne/bassin/crâne.

Membre supérieur : doigts

Indication tissulaire : Essentiellement reliée aux symptômes évoqués par le patient.

Mise en place : Patient comme ci-dessus. Le praticien, debout du côté à traiter, enserre la phalange distale du doigt qu'il traite par une prise *tire-bouchon* : la phalange est enserrée entre les premières phalanges de l'index et du majeur, doigts repliés. Cette prise est intéressante parce qu'elle permet de mettre de la tension sans effort, en serrant simplement la main.

Remarque : Prendre soin de serrer le doigt du patient entre ses faces antérieure et postérieure et non latéralement, ce qui rend la prise douloureuse.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui principal est au sol, au niveau des pieds du praticien.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de

levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur le doigt à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Membre supérieur, doigt.

Remarque : Il peut être intéressant d'englober tout le membre supérieur dans le champ d'attention, notamment lorsque le problème est d'origine traumatique.

Paramètres objectifs : Comme pour le test du membre supérieur, le praticien équilibre densité, tension en serrant doucement, très progressivement sa main, et poids du membre, jusqu'à perdre la sensation de poids. Le membre semble se soutenir seul. Dès qu'un mouvement démarre, il est suivi. Il dépasse la plupart du temps la région du doigt et même du poignet, pour engager tout le membre. Le praticien suit tout mouvement perçu, quelle que soit son amplitude. Le mouvement peut être rapide.

Réalisation de la technique : Le praticien suit les tissus jusqu'au retour au neutre. Il tente d'initier autant de cycles que nécessaire.

Phénomène final : Retour au neutre, still-point, le bras semble retomber, sensation d'expansion dans l'axe du bras. Toute tentative pour initier un nouveau cycle est vaine.

Après la technique : Rechercher et traiter toute autre densité éventuelle dans le membre supérieur, puis effectuer crâne/bassin/crâne.

LE MEMBRE INFÉRIEUR

Ceinture pelvienne

Le bassin a déjà été traité, notamment dans le chapitre sur les techniques essentielles. Nous n'y reviendrons donc pas.

Membre inférieur : approche globale (1)

L'approche présentée ici permet de déterminer quel membre doit être traité et à quel niveau de ce membre se trouve la densité. Elle permet également de traiter les densités mineures.

Mise en place : Patient allongé sur le dos. Le praticien, debout à ses pieds, saisit les deux chevilles, juste au-dessus du talon, sans serrer, se servant du talon du patient comme butée pour la main.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui principal est au sol, au niveau des pieds du praticien.

Membre inférieur, prise globale (1).

Test : Comme pour la technique sur les disques lombaires, le praticien équilibre densité, tension (en serrant doucement, très progressivement les chevilles du patient) et poids du membre, jusqu'à perdre la sensation de poids. Les membres semblent se soutenir seuls. En se laissant partir en arrière, il initie alors une très légère traction, plutôt un petit à-coup, et analyse la propagation de cette impulsion le long du membre. Il discerne très vite si un côté

est plus dense que l'autre et, sur ce côté, si l'impulsion s'arrête tout de suite (cheville), plus loin (le genou) ou encore plus loin (la hanche). Cela lui permet de localiser la zone la plus dense du membre.

Technique : Profitant de sa position et du contrôle des deux membres, le praticien peut commencer à relâcher les membres.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. L'attention et l'intention sont focalisées et verbalisées sur l'ensemble des deux membres inférieurs. En utilisant les informations qu'il reçoit des tissus (notamment les zones de résistance à la traction), le praticien modifie la focalisation de l'attention et de l'intention au fur et à mesure du déroulement de la technique.

Paramètres objectifs : Une fois les paramètres d'allégement mis en place, le praticien se laisse simplement partir en arrière très lentement et suit les réponses des structures générées par cette traction.

Remarque : douceur et lenteur de la mise en place des paramètres objectifs donnent au praticien une sensation plastique. Si la sensation devient dure, c'est que ces paramètres ne sont pas justes par rapport aux tissus du patient.

Réalisation de la technique : Analysant les réponses et résistances tissulaires dans les membres inférieurs, le praticien suit tout mouvement qu'il perçoit, en focalisant et verbalisant attention et intention sur les zones d'où lui semble partir le mouvement. Plusieurs cycles se succèdent, la plupart du temps centrés sur des zones différentes. Chaque cycle se termine par un still-point et une sensation de relâchement, de *grandissement* du membre qui se libère.

Remarque : Malgré la longueur des leviers utilisés, cette technique ne génère pas de grands mouvements. Ce sont des mouvements intra-tissulaires, lents et peu amples, mais profonds.

Phénomène final : Après un retour au neutre, un arrêt tissulaire et un still-point plus ou moins long, une sensation de continuité sans résistance entre les mains du praticien et les hanches du patient, accompagnée d'une sensation d'*allongement* homogène des deux membres inférieurs. Si une zone reste perçue comme dense, elle ne libère plus rien. Le praticien ne perçoit plus d'information de résistance émanant des membres inférieurs ou celle qu'il perçoit ne se modifie plus, et toute tentative pour initier un nouveau cycle est vaine.

Remarques : Cette technique peut atteindre les lombaires basses, par focalisation, verbalisation de l'attention et de l'intention et contrôle de la traction tissulaire.

Membre inférieur : approche globale (2)

Indication tissulaire : Traction longue vers le bas à partir du bassin, sensation de densité plus forte dans un membre que dans l'autre lors du test ci-dessus, histoire ou symptômes évoqués par le patient.

Mise en place : Patient allongé sur le dos. Le praticien, debout du côté à traiter, saisit le membre inférieur avec une main sous le genou et l'autre sous le talon.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui principal est au sol, au niveau des pieds du praticien.

Membre inférieur, prise globale (2).

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur l'ensemble du membre inférieur à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : Comme déjà décrit, le praticien prend le temps d'équilibrer le poids du membre, jusqu'à disparition de la sensation d'effort. Lentement, il déverrouille le genou en le soulevant de la table. Il serre progressivement les tissus du patient pour s'ajuster à leur tension.

Réalisation de la technique : Dès qu'un mouvement se manifeste, il le suit, focalisant et verbalisant attention et intention au niveau où se centre le mouvement,

jusqu'à retour au neutre et sensation de relâchement. Plusieurs cycles sont en général nécessaires, le recours aux aides habituelles que sont apnée expiratoire et incitation au refus peut être utile.

Phénomène final : Retour du membre en position neutre, still-point plus ou moins long, sensation de relâchement et d'allongement du membre. Toute tentative pour initier un nouveau cycle est vaine.

Remarques : Le praticien peut ne pas obtenir le phénomène décrit, mais au contraire la sensation qu'une zone apparaît de plus en plus dense, ne lâche pas lorsque l'on focalise attention et intention dessus, et malgré les tentatives, ne change plus, ce qui pose l'indication d'une technique spécifique sur cette zone.

Après la technique : Si la libération est complète, bassin global, puis crâne global, sinon, travail sur la zone spécifique, retour à l'approche globale et lorsqu'elle est terminée, bassin/crâne.

Membre inférieur : hanche

Indication tissulaire : À partir du bassin, traction latérale longue ; à partir des tissus mous du bassin, sensation de densité profonde qui ne se libère pas par abord externe ; histoire ou plainte du patient.

Mise en place : Patient allongé sur le côté, hanche à traiter au-dessus, membre étendu dans le prolongement du corps, membre inférieur côté table semi-fléchi.

Leviers et points d'appui : Le praticien, debout face à lui, se penche en écartant les coudes et prend contact à trois endroits : un appui avec la main céphalique sur la crête iliaque, un appui avec la main caudale sur la face latérale de la cuisse, et un appui médian avec le thorax sur la région trochantérienne. Le point d'appui principal est au sol, au niveau des pieds du praticien.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la hanche à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en faisant doucement converger l'ensemble des appuis vers l'articulation de la hanche : les deux mains sont rapprochées l'une de l'autre et le tronc appuie sur le trochanter vers le bassin. Faire en sorte que la perception tissulaire demeure plastique.

Réalisation de la technique : Tout mouvement spontané des tissus répondant à la poussée est suivi jusqu'à la densité maximale. Le praticien suit le relâchement tissulaire qui peut s'effectuer en plusieurs cycles séparés par des still-points. La mobilité est lente, lourde, pâteuse. L'apnée expiratoire et l'incitation au refus peuvent être utilisées.

Technique de la hanche.

Phénomène final : Après un ou plusieurs cycles, retour des structures en position neutre, still-point plus ou moins long, sensation d'expansion tissulaire dans toutes les directions de l'espace ainsi que sensation de ramollissement des structures.

Remarques : L'utilisation du poids du corps du praticien peut le conduire à ne pas être synchronisé avec les changements dans la densité tissulaire. Son appui demeurant trop prégnant, empêche l'expansion tissulaire, lui donnant la sensation qu'elle ne se produit jamais.

Membre inférieur : genou (1)

Indication tissulaire : Traction latérale longue vers le bas, à partir du bassin ; sensation de densité localisée au genou perçue lors d'une des approches globales du membre inférieur et qui ne se libère pas avec le travail global ; plainte du patient.

Mise en place : Patient allongé sur le dos, genou déverrouillé par un petit coussin rond placé dessous. Le praticien, debout du côté à traiter, contrôle le tibia avec les doigts entrecroisés sous la partie supérieure du mollet, les pouces prenant contact antérieurement de chaque côté de la tubérosité tibiale antérieure. Le contact est uniquement sous le genou.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui principal est au sol, au niveau des pieds du praticien.
Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur le genou à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Technique sur le genou (1).

Paramètres objectifs : Le praticien resserre les structures par contraction des muscles intrinsèques des mains, jusqu'à la sensation d'être en communication avec l'os. Il comprime ensuite très lentement le tibia vers le fémur. Il analyse et suit la réponse spontanée proposée par les tissus, jusqu'à la plus grande densité. Le serrage des doigts est progressivement augmenté pour trouver la tension.
Réalisation de la technique : Plusieurs cycles de libération se produisent en général, séparés par un still-point et une sensation de libération. Les zones de rétentions peuvent être localisées en différents endroits du genou.
Phénomène final : Après un ou plusieurs cycles, retour au neutre des structures, still-point plus ou moins long, perception de relâchement, sensation que le tibia descend et s'écarte du fémur. Si le praticien attend, il finit par percevoir une alternance lente et tranquille de descente et remontée du tibia.
Après la technique : Reprise du test global du membre inférieur, travail selon les indications recueillies, puis bassin/crâne, pour réharmoniser et recentrer le système.

Membre inférieur : genou (2)
Indication tissulaire : Comme ci-dessus.
Mise en place : Patient allongé sur le dos, genou déverrouillé par un petit coussin placé dessous. Le praticien, assis sur un tabouret du côté à traiter, contrôle l'extrémité inférieure du fémur par la main céphalique entre pouce et autres doigts, et l'extrémité supérieure du tibia avec la main distale.
Leviers et points d'appui : Le praticien est penché sur le genou de son patient, coudes écartés, pour profiter de la puissance passive du corps. Le point d'appui principal est au sol, au niveau des pieds du praticien.
Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur le genou à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Technique sur le genou (2).

Paramètres objectifs : Le praticien resserre les structures par contraction des muscles intrinsèques des mains, jusqu'à la sensation d'être en communication avec l'os. Il comprime ensuite très lentement tibia et fémur l'un vers l'autre. Il analyse et suit la réponse spontanée proposée par les tissus, jusqu'à la plus grande densité. Le serrage des doigts est progressivement augmenté pour trouver la tension.
Réalisation de la technique : Plusieurs cycles de libération se produisent en général, séparés par un still-point et une sensation de libération. Les zones de rétentions peuvent être localisées en différents endroits du genou.
Phénomène final : Après un ou plusieurs cycles, retour au neutre des structures, still-point plus ou moins long, perception de relâchement, sensation d'écar-

tement du tibia et du fémur. Toute tentative pour initier un nouveau cycle est vaine.

Après la technique : Reprise du test global du membre inférieur, travail selon les indications recueillies, puis bassin/puis crâne, pour réharmoniser et recentrer le système.

Membre inférieur : péroné global

Indication tissulaire : À partir d'une approche globale du membre inférieur, et/ou de la plainte du patient.

Mise en place : Patient allongé sur le côté, péroné à traiter au-dessus. Le membre au contact de la table est semi-fléchi, celui à traiter est étendu. Debout derrière le patient, le praticien contacte les extrémités supérieure et inférieure du péroné avec les paumes des mains.

Leviers et points d'appui : Le praticien est légèrement penché sur le patient afin d'utiliser la puissance passive du corps. Le point d'appui principal est au sol, au niveau des pieds du praticien.

Technique sur le péroné global.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur le péroné à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en laissant venir passivement le poids du corps vers la table et en initiant un rapprochement des deux extrémités du péroné. La tension est mise en étendant les doigts des mains par contraction isométrique.

Réalisation de la technique : Les tissus sont suivis dans les directions qu'ils indiquent jusqu'à leur densité maximale. Plusieurs cycles de relâchement se déroulent. Le praticien focalise chaque fois attention et intention sur la zone dense qui se libère.

Remarque : La plupart du temps, une des extrémités du péroné apparaît plus dense, puis après son traitement, l'autre. Se manifestent ensuite des densités le long de l'os correspondant à des rétentions localisées dans l'os ou la membrane inter-osseuse. Le péroné peut se balancer autour d'un axe transverse situé quelque part sur sa diaphyse, ce qui indique une densité sur la membrane à l'endroit où est perçu l'axe de mouvement. Il peut être nécessaire de la contacter directement.

Phénomène final : Après un ou plusieurs cycles de libération, retour au neutre des tissus, still-point plus ou moins long, suivi d'une sensation de relâchement et de flottement du péroné. Toute tentative pour initier un nouveau cycle est vaine.

Après la technique : Reprise du test global du membre inférieur, travail selon les indications recueillies, puis bassin/ crâne, pour réharmoniser et recentrer le système.

Membre inférieur : extrémité supérieure du péroné

Indication tissulaire : À partir d'une approche globale du membre inférieur, du travail sur le péroné, du travail sur le genou ; à partir de la plainte du patient.

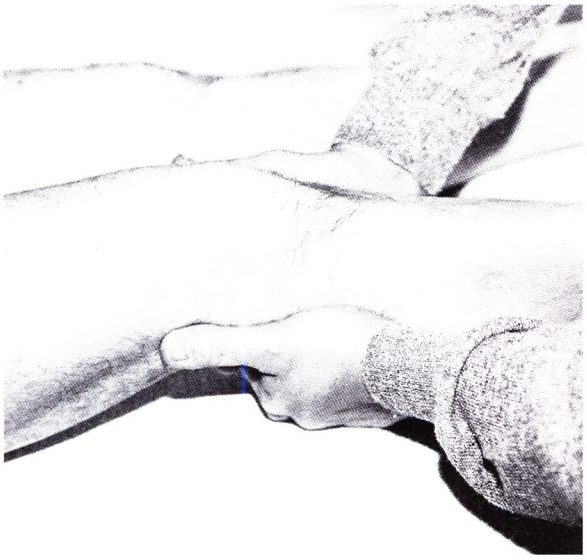
Mise en place : Le patient est allongé sur le dos. Le praticien, debout du côté à traiter, saisit l'extrémité supérieure du tibia doigts croisés sur la face postérieure du mollet, le talon de la main extérieure venant au contact de l'extrémité supérieure du péroné. Les muscles intrinsèques de la main sont contractés pour atteindre le contact osseux.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui principal est au sol, au niveau des pieds du praticien.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la tête du péroné à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en resserrant très progressivement les deux mains et en loca-

lisant l'appui sur la tête du péroné, tout en suivant les tissus jusqu'au maximum de densité. La tension est ajustée en resserrant progressivement les doigts par contraction des muscles intrinsèques des mains.
Réalisation de la technique : Le praticien suit les tissus vers leur densité maximale, jusqu'à la libération. Plusieurs cycles peuvent se produire.



Technique sur l'extrémité supérieure du péroné.

Phénomène final : Retour des structures en position neutre, sensation nette de relâchement et de fonte des structures sous la main, expansion. Toute tentative pour initier un nouveau cycle est vaine.
Après la technique : Reprise du test global du membre inférieur, travail selon les indications recueillies, puis bassin/crâne, pour réharmoniser et recentrer le système.

Membre inférieur : extrémité inférieure du péroné

Indication tissulaire : À partir d'une approche globale du membre inférieur, du travail sur le péroné, du travail sur la cheville ; à partir de la plainte du patient.
Mise en place : Le patient est allongé sur le dos. La prise est la même que pour l'extrémité supérieure du péroné. Le contact se fait ici par le talon des mains sur chacune des malléoles, doigts croisés derrière l'extrémité inférieure du tibia.
Leviers et points d'appui : Le point d'appui principal est au sol, au niveau des pieds du praticien.
Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur l'extrémité inférieure du péroné à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Technique sur l'extrémité inférieure du péroné.

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en resserrant très progressivement les deux mains et en localisant l'appui sur l'extrémité inférieure du péroné, tout en suivant les tissus jusqu'au maximum de densité. La tension est ajustée en resserrant progressivement les doigts par contraction des muscles intrinsèques des mains.
Réalisation de la technique : Le praticien suit les tissus vers leur densité maximale, jusqu'à libération. Plusieurs cycles peuvent se produire.
Phénomène final : Retour des structures en position neutre, sensation nette de relâchement et de fonte des structures sous la main, expansion. Toute tentative pour initier un nouveau cycle est vaine.
Après la technique : Reprise du test global du membre inférieur, travail selon les indications recueillies, puis bassin/ crâne, pour réharmoniser et recentrer le système.

Membre inférieur : cheville

Indication tissulaire : Par l'abord global du membre inférieur ou la plainte du patient.
Mise en place : Le patient allongé sur le dos. Le praticien debout du côté à traiter saisit la partie inférieure de

la jambe avec la main céphalique et empaume le talon avec la main distale.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui principal est au sol, au niveau des pieds du praticien.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la cheville et le pied à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : Le praticien resserre lentement les deux mains sur la jambe et le pied, tout en comprimant progressivement les deux parties l'une vers l'autre et en suivant la direction spontanée offerte par les tissus. Le mouvement est lent, lourd, pâteux.

Technique sur la cheville.

Réalisation de la technique : Le praticien va jusqu'au bout de la densité, suit les tissus dans leur mouvement jusqu'au still-point et à l'expansion et initie de nouveaux cycles tant que les structures le demandent.

Phénomène final : Retour des structures en position neutre, still-point plus ou moins long, expansion et sensation de relâchement. Toute tentative pour initier un nouveau cycle est vaine.

Après la technique : Reprise du membre inférieur global, travail selon les indications recueillies, puis bassin/crâne, pour réharmoniser et recentrer le système.

Remarque : L'approche de la cheville peut conduire sur une densité sous-astragalienne qu'il faudra traiter par approche globale du tarse, éventuellement spécifiquement.

Membre inférieur : tarse global

Indication tissulaire : Par l'approche globale du membre inférieur, l'approche de la cheville ou la plainte du patient.

Mise en place : Le patient est allongé sur le dos, le praticien assis à ses pieds sur un tabouret, contacte le tarse en l'enserrant entre le talon des mains, doigts croisés du côté interne du pied.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui est reporté à l'assise du praticien au niveau du bassin sur le siège et des pieds au sol.

Technique globale sur le tarse.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur le pied à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : Le praticien resserre les deux mains l'une vers l'autre pour être au contact de la densité osseuse, puis pousse avec l'ensemble des deux mains vers le talon du patient, tout en suivant la direction spontanée proposée par les tissus, jusqu'à leur densité maximale.

Réalisation de la technique : Il suit les tissus dans leurs cycles de libération successifs, séparés par des still-points. Le mouvement est lent, lourd, pâteux.

Phénomène final : Retour des structures en position neutre, still-point plus ou moins long, sensation de relâchement et d'expansion tissulaire, toute tentative pour initier un nouveau cycle est vaine.

Après la technique : Retour à cheville et membre inférieur global, travail selon les indications recueillies, puis bassin/crâne, pour réharmoniser et recentrer le système.

Remarque : La même approche est utilisée pour le métatarse, les mains étant situées plus bas vers l'avant-pied.

Membre inférieur : sous-astragalienne

Indication tissulaire : Par le pied global, la cheville ou le membre inférieur global ou la plainte du patient.

Mise en place : Le patient est allongé sur le dos, le praticien assis à ses pieds sur un tabouret. *Avec la main médiale*, il contrôle le calcanéum du côté à traiter. Avec le rebord cubital de la *main latérale*, il contrôle l'astragale au niveau du col. Les doigts de cette main sont tendus.

Leviers et points d'appui : Le praticien est légèrement penché sur le pied du patient, coude écartés, pour utiliser au mieux la puissance passive du corps. Le point d'appui principal est reporté à l'assise du praticien au niveau du bassin sur le siège et des pieds au sol.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier.

Technique sur la sous-astragalienne.

Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur le tarse à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en comprimant les deux mains l'une vers l'autre et en suivant la direction spontanée offerte par les tissus. La tension est mise en étendant les doigts de la main astragalienne, la main calcanéenne resserrant le talon.

Réalisation de la technique : Le praticien suit les tissus dans leurs différents cycles de libération. Les arrêts en position de contrainte sont fréquents et peuvent nécessiter le recours à l'apnée expiratoire et l'incitation au refus.

Phénomène final : Retour des structures en position neutre, sensation de relâchement et d'expansion. Toute tentative pour initier un nouveau cycle de libération est vaine.

Après la technique : Retour au tarse global, puis à la cheville et au membre inférieur global, travail selon les indications tissulaires, puis bassin, puis crâne pour réharmoniser et centrer le système.

Membre inférieur : cuboïde

Indication tissulaire : Par le pied global, la cheville ou le membre inférieur global ou la plainte du patient.

Mise en place : Le patient est allongé sur le dos, le praticien assis à ses pieds sur un tabouret, légèrement décalé vers l'extérieur du côté à traiter. *Avec la main médiale, il contrôle le calcanéum* du côté à traiter. Avec le rebord cubital de *la main latérale, il contrôle le cuboïde* par un appui juste en arrière de la tubérosité du cinquième métatarsien. Les doigts de cette main sont tendus.

Leviers et points d'appui : Le praticien est légèrement penché sur le pied du patient, coude écartés, pour utiliser au mieux la puissance passive du corps. *Un point d'appui secondaire* est donné par le coude de la main latérale reposant sur la cuisse du praticien. *Le point d'appui principal* est reporté à l'assise du praticien au niveau du bassin sur le siège et des pieds au sol.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et

verbalisées sur le tarse à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en comprimant les deux mains l'une vers l'autre et en suivant la direction spontanée offerte par les tissus. La tension est mise en étendant les doigts de la main cuboïdienne, la main calcanéenne resserrant le talon.

Réalisation de la technique : Le praticien suit les tissus dans leurs différents cycles de libération. Les arrêts en position de contrainte sont fréquents et peuvent nécessiter le recours à l'apnée expiratoire et l'incitation au refus.

Technique sur le cuboïde.

Phénomène final : Retour des structures en position neutre, sensation de relâchement et d'expansion. Toute tentative pour initier un nouveau cycle de libération est vaine.

Après la technique : Retour au tarse global, puis à la cheville et au membre inférieur global, travail selon les indications tissulaires, puis bassin, puis crâne pour réharmoniser et centrer le système.

Membre inférieur : scaphoïde

Indication tissulaire : Par le pied global, la cheville ou le membre inférieur global, ou encore la plainte du patient.

Mise en place : Comme pour la prise du métatarse globale, le talon des mains enserrant spécifiquement le scaphoïde au lieu de l'ensemble du métatarse.

Leviers et points d'appui : Comme pour le métatarse global.

Technique sur le scaphoïde.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur le scaphoïde à traiter. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : La densité est trouvée en resserrant le scaphoïde entre les deux mains puis le scaphoïde vers l'astragale et en suivant la direction spontanée offerte par les tissus. La tension est trouvée en resserrant les doigts par contraction isométrique des muscles intrinsèques.

Réalisation de la technique : Le praticien suit les tissus dans leurs différents cycles de libération. Les arrêts en position de contrainte sont fréquents et peuvent nécessiter le recours à l'apnée expiratoire et l'incitation au refus.

Phénomène final : Retour des structures en position neutre, sensation de relâchement et d'expansion. Toute tentative pour initier un nouveau cycle de libération est vaine.

Après la technique : Retour au métatarse global, puis au membre inférieur global, travail selon les indications tissulaires, puis bassin/crâne pour réharmoniser et centrer le système.

Membre inférieur : orteil

Indication tissulaire : Par le travail sur le pied global et la plainte du patient.

Remarque : La technique décrite ne s'intéresse pas seulement à l'orteil, mais à la chaîne myofasciale y aboutissant.

Mise en place : Le patient est allongé sur le dos. Le praticien debout à ses pieds du côté à traiter et avec la main distale, saisit la dernière phalange de l'orteil à traiter avec la prise *tire-bouchon* décrite pour les doigts. L'autre main est glissée sous le genou qui est légèrement déverrouillé par une légère flexion.

Leviers et points d'appui : Le point d'appui principal est au sol, au niveau des pieds du praticien.

Technique sur orteil.

Paramètres subjectifs : Le praticien prend le temps d'assurer enracinement et lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur l'orteil à traiter ainsi que sur la chaîne myofasciale y aboutissant. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs : Le praticien comprime très lentement et progressivement l'orteil vers le genou, tout en déverrouillant celui-ci et suit les tissus dans la direction spontanée qu'ils proposent.

Réalisation de la technique : Le praticien suit tout mouvement qu'il perçoit, et réalise le nombre de cycles nécessaires, séparés par des still-points. La tension est mise en serrant la pince *tire-bouchon* et les doigts sous le genou. Les mouvements peuvent intéresser l'ensemble du membre inférieur.

Phénomène final : Retour des tissus en position neutre, still-point, et sensation de grandissement de l'orteil. Toute tentative pour initier un nouveau cycle est vaine.

Après la technique : Pied global, puis au membre inférieur global, travail selon les indications tissulaires, puis bassin/crâne pour réharmoniser et centrer le système.

Remarques : Cette technique permet de soulager les hallux-valgus.

QUESTIONS / RÉPONSES

Ces allers-retours entre crâne/bassin/crâne doivent prendre beaucoup de temps ?

Pas forcément. Chaque passage fournit des informations dont il faut tenir compte pour traiter, ce qui fait avancer le travail rapidement. Par exemple, lorsqu'après avoir traité le pied, le praticien revient au membre inférieur global, s'il reste une anomalie, il la perçoit rapidement et s'il n'y en a plus, l'équilibration se fait très vite. Ensuite, au moment du retour au bassin, il peut avoir une nouvelle sensation vers la sacro-iliaque. Il traite la sacro-iliaque, puis le bassin global, puis revient au crâne. Lorsque la phase 1 du *modus operandi* a été réalisée correctement, ces phases secondes se déroulent plus rapidement, notamment parce que les informations sont plus facilement perceptibles.

Et l'anatomie ? Vous n'en parlez pas ! Est-elle devenue inutile ?

Certes non. Mais je m'adresse aux ostéopathes qui sont censés l'avoir étudiée et la posséder. Par ailleurs, n'ayant rien à apporter de nouveau ni d'original à ce niveau, je n'en dis rien.

Pourtant, Still disait lui-même que l'ostéopathie, c'est de l'anatomie encore de l'anatomie, toujours de l'anatomie !

La phrase exacte est : « *L'ostéopathe doit se rappeler que sa première leçon est*

anatomie, son ultime leçon est anatomie et que toutes ses leçons sont anatomie. » (Still, 1902, 12.) Il y a aussi celle-ci, pleine d'humour, tirée de l'*Autobiographie* : « *Nous voulons que vous compreniez parfaitement l'anatomie de sorte que cela vous vienne aussi vite qu'un "aie !" sort de la bouche d'un Hollandais qui se blesse le doigt. Cela devrait être une seconde nature. Cela devrait être fixé de manière aussi indélébile que faire la quête l'est dans l'esprit du pasteur, un devoir à ne pas négliger s'il ne veut pas fermer boutique.* » (Still, 1998, 256.)

Replaçons, s'il vous plaît, ces choses dans leur contexte. La recherche anatomique correspond au cheminement même de Still. Anatomie et physiologie fondent l'approche de l'ostéopathe, lui offrant la possibilité de raisonner logiquement pour adopter une démarche thérapeutique cohérente, fait apparemment nouveau et original dans le Middle West américain de l'époque. C'est d'ailleurs pour cette raison que Still et ses compagnons considéraient l'ostéopathie comme une science, dans le sens que ce terme avait à cette époque. Il est donc normal qu'il y attache beaucoup d'importance.

Par ailleurs, « *Depuis sa disparition* [il s'agit du Dr Still], *nous n'avons manqué ni d'anatomie, ni de physiologie, ni de pathologie, ni de biochimie, etc. Nous n'avons eu que très peu de précieuse philosophie. En fait, nous n'avons eu que très peu de précieuse ostéopathie et, vivant hors de l'héritage qu'il nous a légué, omettant de "creuser" philosophiquement et pratiquement, nous nous sommes compromis jusqu'à presque disparaître* » (Masiello, 2000, 21).

Enfin, lorsque Still parle d'anatomie, il ne dit pas tout sur la manière dont il la percevait : « *Au cours des ans, immergé dans une étude intensive des positions normales et anormales de l'anatomie, Still s'était forgé une image mentale durable de chaque articulation de la charpente humaine. Avant la découverte par William Roentgen de la machine à rayons X, la visualisation, une bonne aptitude à observer, un sens délicat du toucher – et cette perpétuelle image – étaient les seuls outils dont disposait Still pour l'aider dans sa détection de l'anormal par rapport au normal. Il prétendait également distinguer une aura – vibration émanant du corps – autour de tous ses patients, lui apportant des indications supplémentaires sur leur condition. Ne possédant pas les pouvoirs extrasensoriels invoqués par Still, les professeurs et les étudiants espéraient que la machine à rayons X, en augmentant considérablement les vibrations, leur permettrait de compenser leur incapacité de visualisation. Le Vieux Docteur, sceptique quant à l'utilité de l'instrument, déclara à quelques étudiants : "La radio, en augmentant considérablement les vibrations, nous permet de voir en dessous de la surface ce que nos yeux ne pourraient découvrir. Pourquoi ne pas entraîner nos esprits à faire cela ?"* » (Trowbridge, 1999, 238-239.) Il semble qu'il percevait de l'anatomie plus de choses que les seuls éléments matériels.

Je la considère toujours aujourd'hui comme indispensable à l'ostéopathe, ne serait-ce que pour savoir comment est constitué le système corporel et comment il fonctionne, et pour se repérer dans l'espace de ce système. Mais une fois acquise, elle devient un savoir inconscient qu'il n'est pas forcément nécessaire d'évoquer à chaque fois que l'on parle d'ostéopathie. Nous avons beaucoup parlé de lâcher prise. Cela concerne également cette partie de nous-même qu'est notre savoir. Lâcher prise à ce niveau ne signifie pas oublier ce que l'on a appris, mais le laisser à sa place pour pouvoir expérimenter dans un présent toujours neuf ce que la vie – ici la vie de notre patient – désire nous communiquer. En restant agrippé au bas du cône, vous vous empêchez de remonter dedans. Cette remontée, ce n'est pas tant une question d'effort que de lâcher prise, justement.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE MAINTENANT

Nous allons parler de l'enfant et en particulier du nouveau-né. Il semble que cette partie de notre travail pose beaucoup de problèmes aux jeunes praticiens.

> « *Avant de réajuster n'importe quel os du corps, quel qu'il soit, ou quelle que soit la distance à laquelle il a été forcé de son logement, vous devez d'abord relâcher ses attaches, comme à son extrémité articulaire par exemple, en gardant toujours à l'esprit que lorsqu'un os ne s'articule plus normalement, les muscles et ligaments qui l'entourent sont irrités, et maintiennent une contracture permanente.* » (Still, 2001, 42.)

LES ENFANTS 15

« Un bébé est pour Dieu une manière d'exprimer son opinion que le monde doit continuer. »
Laurence J. Peter, *Les Ordonnances de Peter*, p. 216.

Pleurs, mouvements, sensation de fragilité, peur de faire mal, inquiétude de la famille, autant de choses qui m'ont gêné lorsque j'ai commencé à traiter des enfants au début de mon activité professionnelle. Ce sont ces mêmes difficultés qu'expriment beaucoup de participants aux séminaires de techniques tissulaires. L'intérêt suscité par cette question m'a conduit à y consacrer un chapitre. L'objectif n'est évidemment pas de rappeler les éléments de base concernant l'enfant selon le point de vue de l'anatomiste, de l'obstétricien et de l'ostéopathe, mais d'envisager comment l'approche tissulaire permet d'aborder l'enfant plus sereinement et plus efficacement.

UN PEU D'HISTOIRE

Pendant bien longtemps, traiter l'enfant, et particulièrement le bébé, fut pour moi difficile. Il est vrai que je me suis engagé dans cette voie avec un viatique des plus réduits : mes cours sur l'enfant, quelques textes de Viola Frymann, laborieusement traduits, le livre de Harold I. Magoun[1] et quelques recommandations simples du genre : *« Chez le jeune enfant, il ne faut pas aggraver la lésion. »*...

1. À la suite du travail réalisé avec le groupe d'ostéopathes français auquel appartenaient René Quéguiner et Francis Peyralade, Harold Magoun avait donné l'autorisation verbale à René Quéguiner de traduire la deuxième édition, celle de 1966, de son livre pour les étudiants du groupe. La traduction de ce livre, longtemps diffusée sous le manteau, a donc, le plus souvent implicitement, servi à la formation de nombreux ostéopathes dans le domaine crânien.

« Chose » ou être ?

Je n'avais pas d'opinion particulière à l'époque sur l'enfant très jeune. Je le considérais plutôt comme un objet, une chose un peu bizarre, dormant, tétant et vagissant. Cela résultait de mon inexpérience de la vie, de mon éducation et du peu que j'avais lu sur l'enfant dans les livres d'anatomie, de physiologie et dans le manuel d'obstétrique que je m'étais procuré chez un bouquiniste, pour me familiariser avec le phénomène de la naissance. Ces ouvrages appréhendaient le bébé comme une *chose*, ce qui me conduisait implicitement à le considérer comme un objet ; vivant, certes, mais sans plus. À vrai dire, je ne m'étais jamais posé la question : *« Qu'est-ce qu'un bébé ? »*

Deux événements, vécus à cette époque, m'ont marqué, bouleversant le vague point de vue que j'avais sur l'enfant, notamment le nouveau-né : la rencontre avec Viola Frymann et la lecture du livre de Frédérick Leboyer. Ils m'ont fait passer de la vision du bébé-objet, confusément vivant, à celle d'être conscient. Ce fut pour moi une révélation.

Observer Viola Frymann s'occupant de bébés et de très jeunes enfants m'a particulièrement impressionné. Bien au-delà des mots, je sentais se passer quelque chose, sans pouvoir le nommer. Il y avait dans la pièce comme une présence particulière. Plus exactement, une particulière qualité de présence, celle qui arrête le temps. Je finis, enfin, par déchiffrer : elle considérait le bébé comme un être, semblait réellement communiquer avec lui, au-delà des mots. Par la suite, je compris pourquoi les enfants ne pleuraient pas ou peu avec elle : ils étaient reconnus.

Pour étonnant que cela puisse paraître aujourd'hui, la conception de l'enfant comme un objet prédominait à l'époque, notamment dans les milieux médicaux (cela a-t-il d'ailleurs vraiment changé ?). À cette même époque, je lus *Pour une naissance sans violence*, que Frédérick Leboyer venait de publier (nous étions en 1974). Ce livre m'a bouleversé. Sans doute sensibilisé par ce que j'avais vécu avec Viola Frymann, j'ai ressenti à sa lecture une justesse qui m'a touché. Je me souviens également du tollé qu'il provoqua, uniquement parce qu'il considérait l'enfant et sa venue au monde avec respect. Le simple fait de passer de la considération du bébé *chose* au bébé *être* était, pour beaucoup, inacceptable.

C'est donc avec ce nouveau point de vue que j'abordais le traitement des bébés et des jeunes enfants. Je ne considérais plus seulement la *chose* bébé, mais également l'*être*. La qualité de ma relation à l'enfant s'en trouva transformée, mais pas les difficultés que j'avais avec son corps. Ainsi, dès que je mettais les mains sur sa tête, il se mettait à pleurer, souvent avec beaucoup d'énergie. Je pensais donc mal faire, mais la communication verbale entre le bébé et moi étant exclue, je ne parvenais pas à déterminer ce qui n'allait pas.

La « petite chose fragile »

Dans une interview lue à cette époque, Frédérick Leboyer racontait comment, médecin accoucheur tout à fait classique, il en était venu à la pratique de la naissance sans violence : il avait revécu sa propre naissance. Je n'imaginais même pas que cela fût possible ! L'idée d'en faire autant me vint aussitôt, mais ignorant qui rencontrer pour réaliser cela, je laissais la chose en suspens. L'information, cependant, n'était pas tombée dans l'oreille d'un sourd ! Elle se trouva bientôt réactivée à la lecture du livre du psychiatre américain Arthur Janov, *Le Cri primal* dans lequel l'auteur évoque le revécu conscient de naissances et même d'incidents prénataux ayant laissé des traces dans la mémoire inconsciente des patients, responsables de difficultés dans leur vie présente. À ce moment (c'était bien avant l'arrivée du somato-émotionnel de John Upledger), ces informations, pour moi toutes nouvelles, m'intéressèrent particulièrement.

Quelques années plus tard, lors d'un séminaire de développement personnel, au cours d'un processus de régression consciente, je revécus ma naissance. Tout à fait conscient, j'ai ressenti physiquement d'intenses pressions et contraintes mécaniques, non seulement sur le crâne, mais sur l'ensemble du corps. Tout en sachant parfaitement qu'il s'agissait de la naissance, j'avais vraiment l'impression de les vivre dans l'instant. Il y avait peu de douleur, mais beaucoup d'inconfort. L'émotion, en revanche, était très forte. La panique prédominait, résultant de l'impression d'être coincé, pressé, tordu dans tous les sens, sans possibilité d'échappement, avec à certains moments, la sensation d'étouffement et de mort imminente.

Cette expérience me permit, à l'image de Sutherland, d'obtenir la connaissance plutôt que l'information : « *C'est le seul moyen pour moi de savoir ce qui se passe. Si les expériences étaient faites sur d'autres, ils éprouveraient des sensations, des sentiments, auraient des réactions. Ils pourraient les interpréter pour moi et je pourrais obtenir de l'information, oui, mais je ne connaîtrais pas vraiment.* » (Strand Sutherland, 1962, 38.) Grâce à ce revécu, j'ai compris beaucoup de choses *de l'intérieur*, notamment qu'un bébé n'est pas *une petite chose fragile*. Pour subir ce qu'il subit au cours de la naissance et en sortir vivant, il faut qu'il soit particulièrement robuste. Cette prise de conscience contribua largement à lever l'inhibition m'empêchant de *rentrer* dans la structure corporelle d'un bébé.

Et si la « chose » était consciente ?

Avant cette expérience et sans que j'en aie conscience, demeurait en moi une dualité dans ma considération de l'enfant : d'un côté, l'être, la conscience, et de l'autre, le corps, la *chose*, objet du traitement. Cette expérience me fit vraiment expérimenter que *la chose* est consciente, qu'elle vit et enregistre beaucoup d'informations non seulement de nature physique, mais également psychique et émotionnelle. Cette expérience me fit aussi comprendre que la vie ne se manifeste pas de manière différente chez l'adulte et chez l'enfant et qu'en conséquence, il n'y a aucune raison d'adopter chez l'enfant une attitude et des procédures différentes de celles utilisées chez l'adulte.

À ce moment, grâce à la mise en place des paramètres, je commençais à sortir de mes difficultés de palpation chez l'adulte. Je décidai donc d'utiliser les

mêmes paramètres et procédures chez l'enfant et commençais à traiter les bébés en utilisant non seulement la présence, l'attention et l'intention, mais également la densité, la tension et la vitesse ajustées, ce qui me permit de découvrir et d'expérimenter quelques points intéressants, bien qu'au début très déroutants.

Une densité parfois importante

Mon revécu personnel ayant désinhibé ma peur de *rentrer* dans la structure de l'enfant, j'ai commencé à sentir des mouvements dans le crâne des bébés, enfin, de certains d'entre eux… parce que je constatais souvent une densité particulièrement forte, beaucoup plus que je ne l'aurais imaginée. Auparavant, à cause de mes incertitudes palpatoires et des inhibitions inculquées lors de mon apprentissage, je n'osais pas *rentrer* dans la structure crânienne des bébés et ne percevais donc pas la densité. Petit à petit, la confiance en la palpation et les indications tissulaires ont encore réduit mes inhibitions. Mais je m'étonne encore de la puissance des contraintes mécaniques imposées à certains crânes de bébés, qu'il faut accepter d'accompagner si l'on veut obtenir leur libération. Pour trouver la syntonisation juste, il convient parfois de rentrer dans des contraintes très importantes.

Une structure qui va spontanément vers la correction

Mon revécu personnel et l'acceptation de *rentrer* dans la structure du bébé levèrent également une autre inhibition héritée de mon enseignement : « *Chez l'enfant jeune, il ne faut pas aggraver la lésion.* » Syntonisé et synchronisé avec les tissus crâniens de l'enfant, je me suis rendu compte qu'après un très léger temps d'aggravation, les tissus allaient *spontanément* vers la correction, comme s'ils connaissaient le chemin, ce qui m'interrogea profondément. Plus tard, lorsque j'eus enfin accès à leurs écrits, je compris que les premiers ostéopathes crâniens américains, ressentaient cela. Dans sa première édition, Magoun l'a quasiment écrit comme tel : « *Ce type de modelage*[2] *correspond à l'application d'une légère pression directionnelle, la détermination de l'action de la membrane de tension réciproque et l'utilisation de cette limitation ainsi que de la puissance de la "marée" du liquide céphalo-rachidien pour parvenir au changement.* » (Magoun, 2000, 221.) Il suffit d'appliquer la procédure au crâne global pour obtenir les corrections désirées, données par les tissus eux-mêmes qui ont spontanément tendance à s'autocorriger.

Hélas, nous ne disposions pas de cette version, mais de celle de 1966 (rééditée en 76) dans laquelle est écrit : « *L'action directe est le traitement de choix avant que les sutures atteignent leur conformation de réception réciproque comme chez l'adulte. Les os sont doucement bougés pour refaire le chemin qu'ils ont suivi lors de la production de la lésion.* » (Magoun, 1976, 241.) Ce que nous avons interprété par la nécessité d'*aller à l'opposé* de la lésion, c'est-à-dire d'imposer à la structure une force venue de l'extérieur, au lieu de se mettre à sa disposition, de l'écouter et de suivre ce qu'elle avait à nous confier… Comment s'étonner qu'elle se livre si difficilement ? Dans cette édition, c'est au sous-titre « Modelage » que Magoun donne la clé : « *Dans le processus du modelage, ou modification plastique, déterminez la tension présente dans la membrane de tension réciproque et laissez-vous guider par elle. Utilisez une légère pression directionnelle en utilisant cette retenue pour réaliser le changement désiré en utilisant la fluctuation du liquide céphalo-rachidien si nécessaire.* » (Magoun, 1976, 241.) La première édition est cependant plus claire : « *puissance de la marée* » est bien plus explicite que « *fluctuation du liquide céphalo-rachidien* » utilisé dans la version de 66/76. Il indique explicitement qu'il faut utiliser les forces venues de l'intérieur… En fait, il suffit de les rejoindre et de les écouter. Elles disent ce qu'elles ont à dire.

Des charges émotionnelles très fortes

Le revécu de ma naissance m'a permis de ressentir les émotions très fortes qui y sont associées. À partir de ce jour, je ne me suis plus étonné des pleurs des bébés. Ils m'ont semblé logiques par rapport au travail tissulaire qui fait revivre à la structure de l'enfant des processus de contrainte. Mais, surtout, je me suis rendu compte que ce qui me gênait le plus, ce n'était pas tant les pleurs de l'enfant, que les résonances qu'ils généraient en moi, remuant un vécu personnel similaire dont je n'étais pas conscient.

Or, parmi les émotions ressenties, il y avait les

2. Magoun évoque le modelage du crâne du nouveau-né déformé par la naissance.

miennes (essentiellement la panique), mais également celles des personnes présentes : ma mère luttant contre la douleur, la fatigue, la sensation de ne jamais y arriver, l'accoucheur, fatigué, agacé et pressé d'en finir, etc. C'est seulement en revivant la situation que j'ai pu clairement et consciemment établir la différence entre mes émotions personnelles et celles des personnes de l'environnement. Auparavant, elles étaient mêlées. Une fois ce vécu personnel nettoyé, il y eut beaucoup moins de résonances. Sans être insensible, je pouvais plus aisément accompagner le processus de libération des contraintes physiques et émotionnelles de la naissance.

N'étant plus bouleversé et ma palpation s'étant améliorée, je pouvais me focaliser sur les réponses tissulaires qui me fournissaient, comme chez l'adulte, l'information dont j'avais besoin pour les aider à se libérer. J'ai d'ailleurs constaté que les pleurs sont très liés aux cycles de libération. Dès qu'un cycle s'engage, les pleurs commencent ou redoublent, pour se calmer, voire s'arrêter à la fin et reprendre avec le cycle suivant. Vers la fin de la séance, l'enfant se calme souvent et parfois s'endort.

La naissance, un processus global

En revivant ma naissance, j'ai également compris que ce n'est pas un processus particulièrement crânien, mais global, intéressant tout le corps. Les ostéopathes crâniens ont focalisé leur attention sur le crâne et son contenu, mais c'est à l'évidence l'ensemble du système corporel qui subit le processus. En tant que thérapeute, il convient donc de l'envisager globalement. Dans la pratique, cela m'a conduit à travailler sur l'ensemble du système pour *démodéliser* les contraintes mécaniques de la naissance, notamment au niveau de la colonne vertébrale et du bassin, avant même de m'intéresser au mécanisme crânien. Ce *modus operandi déverrouille* le système crânien, permettant à son niveau un travail bien plus facile. Cette technique est présentée plus loin.

Bébé, mais une déjà longue histoire

Enfin, d'autres *voyages* souvent très inattendus dans la période prénatale m'ont permis d'intégrer que l'histoire d'un nouveau-né est déjà longue : bien avant la naissance, la structure tissulaire a enregistré beaucoup d'informations issues de nombreuses situations de sa vie de fœtus qui ont pu engendrer refus tissulaires et rétentions. Plus que la gravité des situations, c'est souvent le contexte dans lequel elles sont vécues qui conduit à la rétention, le fœtus ne faisant pas de différence entre ce qu'il vit et ce qui se vit autour de lui. Autrement dit, tout ce qui se vit autour de lui, c'est lui qui le vit.

Ce concept, associé à la connaissance des étapes du développement embryologique, permet de mieux comprendre certaines anomalies de fonctionnement du système corporel. Des situations vécues pendant la grossesse peuvent interférer sur le processus, altérant son développement et son fonctionnement ultérieur. Les ostéopathes s'intéressent aujourd'hui beaucoup aux processus embryologiques[3]. D'autres, tel Robert Rousse, se sont intéressés aux empreintes tissulaires laissées dans la structure de l'enfant par des malpositions intra-utérines. Je ne saurais trop conseiller à ceux qui s'y intéressent d'assister à leurs séminaires.

MODUS OPERANDI CHEZ LE BÉBÉ ET L'ENFANT

La manière de procéder pour aborder nouveau-nés et enfants n'est pas différente de celle utilisée chez l'adulte. Seules quelques modifications techniques, imposées par la proximité de la naissance et la taille de l'enfant, sont nécessaires. La globalité reste une préoccupation essentielle. C'est elle qui m'a conduit, chez le nouveau-né, à commencer par la technique de libération globale.

Libération corporelle globale chez le nouveau-né

Indication tissulaire. Indépendamment des symptômes évoqués par les parents, cette technique s'intéresse à traiter globalement le système corporel de l'enfant pour *démodéliser* les contraintes mécaniques subies au cours du processus de l'accouchement et parfois antérieurement, ces contraintes constituant souvent un *verrou* pour tout le système. Plus elle est pratiquée près de la naissance, mieux cela vaut : le système corporel a eu moins de temps pour engager des cycles de compensation. Les anomalies de tous ordres pouvant suivre une naissance difficile n'ont pas encore commencé à s'intégrer dans le système.

3. Voir à ce sujet l'article de François Laurent : "Motilité et embryocinèse", *ApoStill* n° 3, février 1999, p. 56-69.

Mise en place. Le bébé est allongé sur le dos. Le praticien, debout à côté de lui, empaume la tête avec la main céphalique, doigts sous l'occiput, tournés vers le sacrum. La main caudale passe entre les jambes et empaume le sacrum, doigts tournés vers la tête. Les coudes sont écartés, la hauteur de la table réglée pour que le praticien n'ait pas à trop se pencher.

Leviers et points d'appui. Le point d'appui principal est reporté au niveau du sol.

Technique globale sur le nouveau-né et le très jeune enfant.

Paramètres subjectifs. Le praticien prend le temps d'assurer l'enracinement et le lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur l'ensemble du corps de l'enfant. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs. Le praticien décolle doucement la tête et le sacrum de la table. Il prend le temps d'équilibrer leur poids et de se syntoniser avec la densité. Très lentement, progressivement, il comprime le crâne vers le sacrum et le sacrum vers le crâne, tout en analysant les directions spontanées données par les tissus. L'information vient souvent très rapidement.

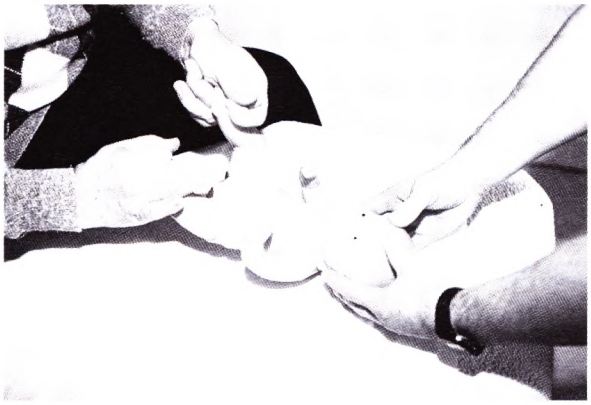
Réalisation de la technique. Les structures convergent vers le point de compression tissulaire maximale. Ce point n'est pas forcément situé sur la base du crâne. Il est très souvent vertébral. En suivant les tissus dans leur maximum de densité, le praticien focalise son attention et son intention sur la zone dense et suit les tissus dans leur libération. Pour une même zone, plusieurs cycles sont parfois nécessaires. Un cycle se termine lorsque les structures reviennent en position neutre et après un still-point plus ou moins long donnent une sensation d'allongement. Le comportement de l'enfant change souvent à ce moment, marquant un temps de calme, rompu par l'engagement du cycle suivant, localisé au même endroit ou dans une autre région du corps.

Phénomène final. Après un ou plusieurs cycles, retour au neutre des structures, still-point plus ou moins long et sensation très nette de grandissement de l'enfant. Toute tentative pour engager un nouveau cycle est vaine.

Remarque 1. Les positions de rotation torsion peuvent être très impressionnantes, notamment au niveau de la jonction cervico-crânienne. Seuls les tissus savent… Il convient d'accepter leur demande, sinon, ils ne se libèrent pas totalement et retournent à leur position de contrainte jusqu'à ce que la libération soit réalisée.

Remarque 2. Cette technique peut conduire la structure de l'enfant à reprendre une position de contrainte intra-utérine. L'intégration structurelle de l'anomalie est déjà importante, de sorte que les still-points sont beaucoup plus longs. Selon l'importance de la compression et la capacité des structures à se libérer, il peut être nécessaire de reprendre plusieurs fois la même technique dans des séances successives.

Après la technique. Crâne/bassin/crâne, le crâne se libérant souvent de manière spectaculaire après l'approche globale.



Technique globale sur le nouveau-né, variante avec les membres inférieurs.

Variante. Une variante de cette technique peut être utilisée, notamment lorsque le bébé présente des anomalies au niveau des membres inférieurs et des pieds. Elle consiste à faire stabiliser le crâne de l'enfant par un assistant (un des parents présents), le praticien assurant la compression à partir des pieds. Le mouvement des membres inférieurs peut parfois être très ample et totalement *aphysiologique*.

Technique diaphragmatique et hépatique

Indication tissulaire. La principale indication est *l'inertie tissulaire*. La sensation qu'indépendamment du niveau de densité ou de tension existant dans la structure de l'enfant, les tissus sont particulièrement réticents à se mobiliser. Également, régurgitation et reflux, problèmes digestifs.

Mise en place. Le praticien est assis sur un tabouret à la tête de la table. Il assied l'enfant sur la table, juste devant lui, dos contre sa poitrine, et glisse les poignets sous ses aisselles, de sorte que le rebord cubital des mains vienne contacter le gril costal de l'enfant dans sa partie inférieure. Le contact est costal. Le praticien ne cherche pas à recourber les doigts sous les côtes. Le praticien peut entrecroiser les doigts des deux mains.

Leviers et points d'appui. Le point d'appui principal est reporté au niveau de l'assise du praticien sur le siège et au niveau des pieds au sol.

Paramètres subjectifs. Le praticien prend le temps d'assurer l'enracinement et le lâcher prise (présence). Il prend conscience de ses points d'appui et bras de levier. Attention et intention sont focalisées et verbalisées sur la région hépatique et diaphragmatique de l'enfant. L'intention est d'entrer en communication avec la structure tissulaire, afin de libérer de l'énergie. Des cycles d'intention successifs s'enchaînent pour se synchroniser avec la densité et la tension des structures.

Paramètres objectifs. Le praticien trouve la densité en comprimant doucement, progressivement le thorax de l'enfant vers sa colonne vertébrale et en suivant les tissus dans les directions spontanées qu'ils proposent sous la compression. L'information arrive en général très rapidement.

Réalisation de la technique. Plusieurs cycles se réalisent, centrés sur des densités localisées à différents endroits du corps de l'enfant. Le praticien localise la zone dense dans l'espace corporel de l'enfant, y focalise son attention et son intention et suit la libération jusqu'au retour au neutre, still-point plus ou moins long et expansion tissulaire.

Phénomène final. Retour au neutre des structures, still-point plus ou moins long, expansion tissulaire très nette. Toute tentative pour initier un nouveau cycle est vaine.

Remarque. On remarque souvent de grands mouvements de torsion diaphragmatique. Le foie peut être très dense.

Remarques. La sensation d'inertie tissulaire est particulièrement fréquente chez les enfants présentant des problèmes d'otites, rhino-pharyngites et autres infections chroniques. Le concept tissulaire relie l'inertie tissulaire à la toxémie. La clé de ce type de perception est donc, comme chez l'adulte, le traitement de la région hépatique.

L'inertie est souvent la conséquence de problèmes nutritionnels (le lait), de vaccinations et de prises d'antibiotiques, mais l'émotion est également très présente.

Après la technique. Le crâne/bassin/crâne s'impose et donne souvent beaucoup de libération. Le processus normal de traitement est ensuite repris, selon les indications tissulaires fournies par la structure corporelle de l'enfant.

Technique diaphragmatique et hépatique chez l'enfant.

QUESTIONS / RÉPONSES

Comment faites-vous pour arriver à sentir quelque chose alors que les mouvements de l'enfant parasitent la perception.

Je n'ai pas de recette à vous proposer, hélas ! Je peux juste dire comment ce problème a pour moi progressivement diminué jusqu'à disparaître presque complètement. Tout d'abord, au fur et à mesure de l'amélioration de la palpation, je suis devenu capable de focaliser l'attention sur les mouvements de libération de la structure, ignorant les autres. C'est un peu comme communiquer avec quelqu'un malgré les bruits et les mouvements parasites de l'environnement. C'est grâce à la capacité à maintenir l'attention focalisée que l'on continue à percevoir l'autre. Il faut donc travailler la présence et l'attention qui s'améliore avec le temps.

Avoir présent à l'esprit que l'on communique avec une structure consciente aide considérablement : il est très difficile de maintenir l'attention stable sur un objet de l'univers physique, beaucoup plus facile de la maintenir sur un être avec qui on communique : au lieu d'être à sens unique, les flux existent dans les deux sens, tendent à s'équilibrer, et l'attention à se maintenir.

Par ailleurs, je me suis rendu compte que mon attitude face aux mouvements de l'enfant pouvait être, à elle seule, perturbatrice : lorsqu'il bougeait, j'avais tendance à déplacer mon attention vers ses mouvements et surtout à vouloir qu'ils n'existent pas. Cette simple attitude de non-acceptation interrompait la perception du mouvement de libération. Il m'a fallu du temps pour être capable d'accepter tout ce qui se passe, sans pour autant laisser mon attention dévier de la libération.

Enfin, des artifices sont possibles. Le mieux est encore d'occuper l'enfant, de capter son attention. Cela peut se faire en demandant à un des parents présents de jouer avec lui (j'ai toute une panoplie de gadgets, tous testés pour leur efficacité !), de chanter des chansons, de raconter ou de lire des histoires... L'imagination est au pouvoir !

Alors vous ne faites rien pour éviter que l'enfant pleure ?

Ce n'est pas ce que j'ai voulu dire. J'ai seulement précisé que mon cheminement personnel m'a fait comprendre que les pleurs correspondent à la libération de souffrances et d'émotions bloquées et m'a permis de *vider* mon propre sac de souffrances, ce qui m'a rendu moins sensible. Cela m'a affranchi d'un comportement quelque peu frénétique destiné à éviter les pleurs à tout prix. Mais si l'on peut rendre les choses plus confortables, il faut le faire. Dans la première partie du traitement (la technique globale entre crâne et bassin), il ne faut rien faire d'autre qu'être attentif aux tissus et les suivre. Les pleurs de l'enfant font partie du processus de libération et je ne fais rien pour les arrêter. Je les accueille plutôt comme manifestation de la souffrance qui se libère.

Dans la seconde partie, on peut demander à la maman de capter l'attention de l'enfant (comme évoqué plus haut). S'il s'agit d'un bébé nourri au sein, je lui propose de le prendre au sein et je continue à le traiter pendant qu'il tète. Si la maman ne le nourrit pas, elle peut lui donner le biberon si c'est une heure de tétée. Téter aide le système à s'ouvrir, à condition qu'il ait déjà été libéré un minimum.

Acceptez-vous que les parents assistent à la séance ?

J'accepte en général les parents, en tout cas pour les bébés et enfants très jeunes (avant qu'ils ne soient capables de verbaliser vraiment). La principale raison, c'est qu'une famille est un système vivant, chacun des membres interagissant sur les autres et sur l'ensemble du système. Isoler une partie du système pour le traiter indépendamment ne me paraît pas logique. Lorsqu'un enfant manifeste un problème, une difficulté, cela retentit sur toute la famille et une partie de l'attention de la famille se centre sur le problème de l'enfant. Parfois, la famille elle-même assure un lien de causalité dans le problème manifesté par l'enfant. Comme tout relationnel humain, c'est très complexe, mais très réel. Le meilleur moyen que je connaisse aujourd'hui pour gérer la complexité, c'est l'attention globale qui permet de faire bouger quelque chose et obligera l'ensemble du système à s'adapter au changement : « *Même le plus petit changement effectué au sein d'un système rigide entraîne une réaction en chaîne qui finit par modifier le système tout entier.* » (Watzlawick, 1993, 75.) Qu'il en ait conscience ou non, l'ostéopathe est un thérapeute *systémique**.

Je préfère donc m'occuper de l'enfant en présence des parents, parce qu'ils font partie du problème. Je m'arrange même souvent pour étendre mon espace d'attention à toutes les personnes présentes.

De plus, chez l'enfant jeune, le lien à la mère est encore très fort. La difficulté de l'enfant est presque celle de la mère, et réciproquement. Si vous ne me croyez pas, essayer de demander à une jeune maman de simplement *repenser* à la naissance de son enfant alors que vous êtes en train de le traiter...

Lorsque l'enfant grandit et prend plus d'autonomie, le problème se pose en termes différents. Mon attitude dépend de la raison pour laquelle on m'amène l'enfant, du relationnel que je perçois

exister dans la famille au cours de l'entretien préalable, et du relationnel qui s'établit entre l'enfant et moi.

Lorsque l'enfant se met à pleurer, je sens les parents s'inquiéter et devenir parfois très mal à l'aise.

Là non plus, pas de solutions miracles. Avant de commencer à traiter, je prends le temps d'expliquer ce que je cherche à faire et ce qui va se passer. Je préviens que l'enfant va pleurer, que cela va remuer les parents. J'explique que c'est un revécu de souffrances passées, mais que la souffrance qui s'exprime aujourd'hui n'a rien à voir avec celle que l'enfant a réellement subie dans le passé. Enfin, je dis que c'est mieux exprimé qu'imprimé.

Quel que soit son âge, j'explique également à l'enfant ce que je vais faire et à quoi cela correspond pour lui. C'est un être conscient, ne l'oubliez pas. Il ne peut s'exprimer verbalement parce que son système corporel ne le lui permet pas encore, mais il comprend votre intention et vous pouvez comprendre la sienne. Soyez attentif à son être. Parce que l'enfant ne peut dire verbalement, nous pensons qu'il n'a rien à dire ou qu'il ne ressent rien. C'est totalement faux !

Malgré ces explications, lorsque l'enfant se met à pleurer, les parents sont souvent profondément remués. Après tout, ils sont nés eux aussi, et se trouvent mis en résonance. De plus, voir *leur petite chose fragile* ainsi tordue dans tous les sens et hurler sa souffrance, est difficilement supportable. Votre calme, votre assurance, la tranquillité avec laquelle vous permettez au processus de se dérouler, la manière dont vous parlez à l'enfant pour lui expliquer ce qu'il revit, etc., tout cela fait que le processus peut se dérouler. Englobez les parents présents dans votre champ d'attention. Ne les excluez surtout pas, sous prétexte qu'ils vous gênent.

Une dernière chose peut aider : les faire participer. On est toujours mieux lorsqu'on participe à une situation (notamment difficile) que lorsqu'on en est observateur passif. Demandez à l'un d'eux de tenir ou stabiliser une partie corporelle de l'enfant, même si l'aide que vous demandez est fictive, c'est mieux que de rester simple spectateur. Demandez-leur de parler à l'enfant, de l'occuper si c'est efficace.

Que pensez-vous du lait de vache ?

À cette question, posée en séminaire, j'ai entendu Viola Frymann répondre : « *Le lait est un excellent aliment… pour les veaux.* » Formule choc, seul moyen sans doute d'ébranler un peu les certitudes. Les lobbies du lait ont bien fait leur travail : le préjugé du lait (de vache) aliment fondamental est aujourd'hui particulièrement ancré dans les mentalités. Mon objectif n'est donc pas de tenter de rompre le préjugé. Je sais que c'est inutile. Le lait de vache est et restera longtemps encore un aliment dont on abreuvera les enfants avec, de surcroît, la certitude de bien faire. Je voudrais regarder cela à un autre niveau : toute situation de vie, y compris la nutrition, est de nature relationnelle. S'il y a relation, il convient de considérer l'aliment, l'hôte qui le reçoit et le contexte de leur rencontre.

L'aliment. Le seul aliment vraiment adapté au petit de l'homme, c'est le lait maternel, dont la composition diffère nettement de celle du lait de vache. De vache ou de femme, le lait maternel est destiné à apporter au petit l'ensemble des éléments essentiels dont il a besoin. Or, « *Le projet psychomoteur et intellectuel du petit veau est très différent de celui du petit d'homme* » (Le Berre, 1990, 29).

Par ailleurs, le mot *lait* désigne des produits très différents : il peut s'agir de lait frais biologique, de lait pasteurisé, de lait UHT, ou de lait en poudre. Chaque transformation altère le produit de sorte que le lait en poudre, utilisé dans les biberons des bébés, n'est certainement pas le produit idéal pour leur nutrition.

L'hôte. Le système digestif de l'enfant n'est pas précisément adapté à la digestion du lait de vache qui fait appel à des ferments ou enzymes particuliers (lab-ferment) présents en quantité parfois insuffisante chez l'enfant, déterminant une digestion incorrecte. Ces enzymes peuvent également être présents dans les premiers mois et disparaître ultérieurement. Par ailleurs, les protéines du lait de vache peuvent entraîner des phénomènes d'intolérance voire d'allergie ne survenant pas avec les protéines du lait maternel. Enfin, le lactose, sucre spécifique au lait peut occasionner des phénomènes allergiques.

Pourtant le lait de vache est utilisé depuis bien longtemps dans la nutrition des enfants, le plus souvent sans dommages. C'est que, comme tout organisme, celui de l'enfant est capable d'adaptation et parvient à puiser dans l'aliment qu'il reçoit ce dont il a besoin, et à rejeter le reste.

La rencontre. C'est dans les conditions de la rencontre que se joue l'acceptation ou le refus par l'organisme hôte d'un produit qui ne lui est pas vraiment adapté. Lorsque l'organisme est en bon état, il fait son affaire de l'aliment imparfait et parvient à le gérer. S'il est en difficultés, somatiques, psycho-affectives ou autres, la difficulté de gestion peut conduire à des refus. L'organisme d'un enfant dont la naissance a été rude, dont la région hépatique ou digestive est dense, donc fonctionnellement perturbée, qui se trouve dans une situation affective difficile, peut refuser le lait de vache qui devient pour lui un aliment perturbateur alors que chez un autre, il est bien toléré.

Je n'ai donc pas de comportement stéréotypé à propos du lait de vache. Même chez les enfants présentant des problèmes ORL, ce lait ne m'apparaît pas systématiquement comme la source du problème. Pour m'en assurer, j'utilise le dialogue tissulaire présenté dans un chapitre ultérieur. Et si le lait n'est pas perturbateur, je n'interviens pas.

Lorsque le lait semble perturbateur, il faut expliquer, informer, des références de livre et proposer un sevrage provisoire (un mois) permettant de voir si un changement positif survient dans la pathologie et les tissus de l'enfant. Évitez d'utiliser trop de force pour convaincre. En mettant le lait en cause, vous allez vous heurter à un préjugé particulièrement ancré. La résistance sera donc proportionnelle à la force que vous utiliserez pour convaincre.

Et les vaccinations ?

C'est également l'histoire d'une rencontre : celle d'un produit et d'un organisme. Cela peut se passer plus ou moins bien pour de multiples raisons. Chez les enfants, je trouve fréquemment des refus tissulaires consécutifs aux vaccins. J'utilise le dialogue tissulaire (décrit plus loin) pour diminuer le refus, mais ce n'est pas toujours suffisant. L'aide d'un homéopathe est souhaitable. Le travail en collaboration est à ce niveau particulièrement bénéfique et profitable à l'enfant.

Que je sois favorable ou non aux vaccinations ne change rien au fait qu'en France, quatre sont encore obligatoires : tétanos, polio, BCG et diphtérie. J'encourage les parents à se limiter à celles-là. La désinformation est telle qu'ils sont convaincus que toutes sont obligatoires.

Que pensez-vous de la péridurale ?

Son plus grand méfait est de couper les cycles relationnels entre structures conscientes. L'accouchement est, j'en suis certain, un processus très complexe mettant en jeu de nombreux feed-backs. La péridurale interrompt tout cela, laissant les structures soumises aux produits artificiels injectés pour hâter le travail. Bien que la maman puisse en subir les conséquences, c'est toujours l'enfant qui en fait les plus gros frais parce que sa structure est la plus vulnérable. Et je m'étonne de voir le génie que déploie le système médical, et les raisons invoquées, pour interférer dans le déroulement normal de processus physiologiques.

Je ne désire pas jeter la pierre aux mamans qui décident de recourir à la péridurale. Mais, j'ai entre les mains les crânes d'enfant qui sont passés par là et me disent leur expérience. Elle est douloureuse.

Comment interprétez-vous la scoliose ?

À la lumière du concept tissulaire, la scoliose idiopathique devient relativement facile à interpréter. Elle résulte toujours de verrouillages dans le mécanisme crânio-vertébro-sacré. Soit parce que la dure-mère présente d'importantes restrictions, soit parce que des compressions et rétentions existent au sein même de la colonne, soit parce qu'un problème hépatique gauchit le système vertébral. Au moment de la puberté, le système ne peut s'adapter harmonieusement à la grande poussée de croissance. Des zones freinent et obligent la colonne à échapper. Sutherland parlait de *jeune pousse courbée* : *« Si ces distorsions persistent au cours de la petite enfance et de l'enfance, elles manifestent le principe décrit par le dicton : "comme la jeune pousse est courbée, l'arbre s'incline". Par conséquent, il est extrêmement important d'examiner attentivement les nouveau-nés. À cette période de la vie, il est facile d'aider les potentiels inhérents du mécanisme respiratoire primaire, déjà en action, pour établir des positions et des relations normales entre les os du crâne, en particulier dans les quatre parties de l'occiput. »* (Wales ed., 1990, 110-111.) Ce principe s'applique tout aussi bien à d'autres structures que le crâne. Toute structure dans laquelle existe une forte rétention peut provoquer ce phénomène, notamment une zone vertébrale.

Comment traitez-vous la scoliose ?

Je ne traite pas la scoliose, mais un enfant ou un adulte scoliotique. En conséquence, je n'ai pas une approche différente pour ce type de pathologie. Le principe est de déverrouiller globalement le système, de chercher, trouver et libérer les zones de rétentions et de recentrer et réharmoniser le système. Un suivi épisodique est important parce que la croissance, par la poussée interne qu'elle crée, fait souvent apparaître des rétentions non perceptibles auparavant. Ainsi, le praticien peut constater avec surprise l'apparition de *nouvelles* zones de rétention qu'il n'avait pas remarquées lors de la séance précédente. Si rien dans la vie de l'enfant ne le justifie, j'interprète cela comme consécutif à la croissance qui fait émerger des zones non perceptibles antérieurement. Je suis convaincu que si tous les enfants étaient vus après la naissance en ostéopathie tissulaire et suivis ensuite épisodiquement, ces scolioses deviendraient rarissimes.

Jusqu'à quel âge peut-on utiliser la technique entre crâne et bassin que vous avez décrite tout à l'heure ?

Ce n'est pas une question d'âge, mais de gabarit respectif du praticien et du patient, et de poids aussi. Lorsque cette technique n'est plus réalisable, la technique vertébrale globale en position

assise décrite avec la colonne fonctionne très bien.

Comment traitez-vous les enfants porteurs d'appareillage dentaire ?

Il me semble que, derrière toute anomalie de croissance, il y a une ou des rétentions qui perturbent le système et l'empêchent de croître harmonieusement. Le remède logique serait donc de pouvoir travailler sur les crânes d'enfant dès le début de leur vie, le temps nécessaire pour réharmoniser leur système corporel et de les suivre comme indiqué plus haut. C'est rarement ce qui se passe, de sorte que lorsque l'anomalie dentaire apparaît ou s'aggrave, l'appareillage est la seule solution vraiment efficace. En revanche, il me semble essentiel d'accompagner l'enfant au long du processus et de le traiter avant, pendant et après. De plus il me semble essentiel de le traiter globalement, pas seulement par rapport aux dents.

Avant. L'objectif est de libérer le plus possible de rétentions, de détendre et de réharmoniser le système corporel pour le rendre moins résistant aux contraintes qu'imposera l'appareil.

Pendant. Traiter l'enfant peu de temps après la pose de l'appareillage. Cette phase de traitement est intéressante parce que les contraintes qu'impose l'appareillage font ressortir les zones de refus tissulaire de manière plus nette, rendant leur repérage plus aisé et leur traitement plus évident. L'objectif est de les libérer, puis de réharmoniser le système autour de l'appareillage. Cela donne un système non physiologique, mais harmonieux. Ensuite, voir l'enfant épisodiquement au cours du traitement, soit de manière arbitraire, soit lorsqu'apparaissent des symptômes signifiant que le système a du mal à s'adapter : maux de tête, de dos, difficultés de concentration, attention dispersée, altération de l'humeur, etc.

Après. Le traitement d'orthodontie terminé, je demande à voir l'enfant une fois ou deux pour réharmoniser le système dans sa physiologie normale.

Avec ce protocole, je n'interviens pas au niveau orthodontique pur, mais j'aide le système à supporter le travail de correction, tout en restant harmonieux. Étant moins *refusant*, il accepte plus facilement les corrections et elles sont plus stables après la fin du traitement.

Hélas, la plupart du temps, je ne vois l'enfant qu'après la pose de l'appareillage. Il m'est amené à cause de difficultés ou d'inconforts résultant du traitement orthodontique. Dans ce cas, la phase préliminaire n'ayant pu avoir lieu, plus de séances sont nécessaires pour harmoniser le système autour de l'appareil. Le reste du protocole est identique.

Lorsque c'est possible, faites-vous enlever l'appareil pour traiter ?

Seulement s'il verrouille trop le système. Autrement, je le laisse en place. Comme indiqué, les contraintes qu'il impose sont intéressantes parce qu'elles font ressortir les zones qui refusent. S'il est trop gênant, je commence la séance en le faisant enlever, puis je termine avec. Dans tous les cas, je termine avec l'appareil en place pour réharmoniser le système avec lui.

Pensez-vous qu'avoir revécu sa propre naissance est indispensable pour bien traiter les enfants ?

Beaucoup d'ostéopathes ont traité ou traitent aujourd'hui des enfants sans avoir vécu cette expérience. Ils s'en sortent apparemment plutôt bien. Si j'ai désiré en parler, c'est parce qu'elle m'a permis d'élargir ma conscience et de venir à bout de réelles difficultés. D'autres praticiens ont vécu ce type d'expérience et en ont également tiré beaucoup de bienfaits. Or, personne n'ose en parler. C'est pourtant une piste possible. Il me semble donc essentiel de donner l'information, chacun décidant de suivre son propre chemin.

QU'ALLONS-NOUS FAIRE MAINTENANT ?

Nous allons justement nous occuper d'une partie du tandem praticien/patient dont on parle peu et ne s'occupe presque jamais : le praticien.

> *« Il est instructif de regarder le Dr Sutherland traiter un bébé. Quel que soit le contact utilisé, il le maintient et suit les mouvements du patient. Il peut demander ou non à la mère de maintenir le sacrum. Il semble simplement suivre le mouvement des membranes et amener un état de tension membraneuse équilibrée. À ce moment-là, le bébé se détend et peut même s'endormir. »* (Wales ed., 1990, 221.)

ÊTRE, LE PRATICIEN 16
Le praticien doit être patient

« La première chose à faire, et vous n'allez pas apprécier cela,
est de renoncer à votre ego.
Vous êtes loin d'être aussi intelligent que votre corps
ou que le corps du patient se trouvant sur la table. »
Brooks ed., *Life in Motion. The Osteopathic Vision of Rollin E. Becker*, p. 144.

Lorsque je me suis engagé dans les études de kinésithérapie, je n'avais, comme pour l'enfant, pas d'idée précise sur ce qu'est un être humain. Je n'y avais jamais vraiment réfléchi. Mystère et complexité peuvent, je crois, résumer ce que j'en pensais pour l'essentiel. Je n'avais pas non plus d'idée précise sur la fonction de thérapeute. J'étais dans la croyance implicite que le monde est séparé en deux catégories, les thérapeutes et les patients, les premiers disposant d'un savoir et d'une technique qu'ils appliquent avec plus ou moins de bonheur et de résultat sur les seconds venant les consulter pour voir soulager leurs souffrances. M'engager dans une profession de santé m'offrait donc l'opportunité d'apprendre ce qu'est cette chose mystérieuse et d'utiliser ce savoir pour aider les patients. La relation d'aide m'attirait et l'activité du kinésithérapeute m'intéressait parce que je l'imaginais concrète, immédiate, permettant une relation directe avec l'autre.

DE LA CHOSE À LA CONSCIENCE

Au cours de mes études, j'ai effectivement beaucoup appris sur l'humain. Mais ce que j'apprenais était toujours orienté vers l'objet-corps : la manière dont il est constitué (anatomie), comment il fonctionne (physiologie), ou *dysfonctionne* (pathologie), et comment faire pour l'aider à mieux fonctionner (thérapeutique). Tout à la satisfaction d'en apprendre de plus en plus sur le corps, je me suis longtemps satisfait de ce concret. Certes, je le reconnaissais comme vivant, mais sans prêter attention à la vie qui l'animait.

J'ignorais tout de l'ostéopathie lorsque j'ai commencé ma formation. J'ai conçu mon engagement en ostéopathie comme un essai, une tentative, à la recherche d'une meilleure efficacité thérapeutique. Je n'avais aucun projet philosophique, et encore moins militant. Au cours de ces études, j'ai appris plus encore sur l'objet-corps. Ce qui changeait, c'était essentiellement le raffinement de l'étude et le fait qu'on parlait beaucoup de globalité, même si on ne la vivait pas : en parler beaucoup nous donnait l'illusion de la vivre. Même dans l'étude du concept crânien, le mécanisme respiratoire primaire, les mobilité et motilité des structures, les lésions de la symphyse sphéno-basilaire étaient envisagés comme des *choses*. Bien plus tard, lorsque j'ai pu accéder à ses écrits, j'ai appris que Sutherland avait parlé du Souffle de Vie.

La « chose » et autre chose

J'ai alors rencontré Viola Frymann. Si elle considérait bien *la chose*, elle considérait aussi autre chose. Dans les notes prises lors du premier séminaire suivi avec elle en 1972, j'ai retrouvé cet extrait : *« Nous avons parlé toute la matinée du corps physique, du corps émotionnel, du corps vital et du corps mental, mais qui êtes-vous en fin de compte ? Vous êtes plus encore que la somme des différents composants. Vous êtes le coordinateur, l'ordonnateur de ces instruments*

évoqués. Ce sont vos outils, les outils dont vous disposez pour construire votre vie. [...] *Qui êtes-vous vraiment ? Vous êtes un esprit éternel qui utilise certains outils pour accomplir certaines tâches. Quand nous recevons un malade, il est important de ne pas nous arrêter à une partie malade, et de le recevoir comme un ensemble.* » Personne, au cours de mes études de kinésithérapie, ni même d'ostéopathie, ne m'avait jamais dit de pareilles choses qui, de plus, venaient d'une élève directe de Sutherland jouissant d'un prestige remarquable auprès des ostéopathes, ce qui ne me permettait pas de traiter ces propos comme provenant d'un quelconque illuminé.

Sans que je sache pourquoi, ce regard m'a touché. J'ai compris depuis qu'elle nous parlait des êtres et non des objets-corps. C'était probablement la première fois de ma vie que quelqu'un s'adressait à moi en ces termes. L'être, *Je*, a été touché. Je me suis senti reconnu en tant qu'être, conscience. Du même coup, elle m'a conduit à regarder la *chose* autrement... Je lui en suis particulièrement reconnaissant.

Dans le premier chapitre, « Disciples de Colomb », j'ai évoqué mes difficultés avec la *chose*-homme, et notamment avec la palpation. J'ai dit comment ces difficultés ont commencé à se résoudre lorsque j'ai réellement commencé à communiquer avec la structure corporelle. Agissant ainsi, je considérais implicitement la structure humaine comme consciente. Et du coup, elle se mettait, à me répondre, comme une conscience. À l'époque, je l'ai fait ainsi parce que cela fonctionnait mieux. C'est bien plus tard que j'en ai réellement compris la portée.

Mon premier patient

Dans le chapitre sur l'enfant, j'ai évoqué comment les premiers processus de régression consciente m'ont permis de changer ma relation à l'enfant et d'améliorer palpation et traitement. Ces premières expériences m'ont confronté, en me permettant de l'identifier, au principal obstacle entravant ma progression : moi.

Auparavant, j'évoluais selon un concept *pastorien* de la vie : l'agression vient toujours du dehors. Selon la manière dont j'ai modélisé la conscience, cette vision est la conséquence directe de la décision d'être, qui me crée comme conscience, place *Je* au centre, et individualisé de ce qui n'est pas lui. Mon attention est toujours orientée vers le dehors, puisque c'est l'expérimentation de cet extérieur qui me permet d'être certain que j'existe. Ainsi, agression et danger étant interprétés comme venant de l'extérieur, je ne m'en sens pas responsable[1] ; ce qui m'évite toute remise en cause personnelle face aux difficultés rencontrées. C'est bien connu : l'enfer, c'est les autres. Ce principe, conduit à la résistance au changement, base de la préservation de tout système vivant : « *Tout système, selon le principe d'homéostasie, résiste à toute tentative d'altération de lui-même.* » (Watzlawick, 1993, 56.) Résister au changement me préserve, mais présente l'inconvénient majeur de me maintenir dans l'immobilisme. Résister au changement conduit à l'enfermement, à la protection, au refus, à la rétention, à l'individuation outrancière, à l'inertie, à la mort.

Cette croyance m'empêchait de m'identifier comme principal obstacle à ma progression. Graduellement, je suis passé d'une vision pastorienne de la vie à une vision bernardienne[2] envisageant l'extérieur *et* l'intérieur ainsi que leur relation mutuelle. Avec le recul, je me rends compte que ce qui a vraiment changé au cours de ces années, c'est moi !

Dans le monde occidental, la vision *pastorienne* centre le fonctionnement de la relation humaine. L'information venant toujours du dehors, nous finissons par considérer ce dehors comme seul existant, seul réel. Je voudrais réorienter le regard en le portant au-dedans.

QUI SUIS-JE ?

Selon notre modèle, un être humain est une conscience, un *Je*, centrant une multitude de plus petits *je*, ou consciences corporelles. L'être humain peut donc se définir comme un agrégat de consciences et de fulcrums organisés et centrés, animés par *Je*. Et *Je*, moi, expérimente la vie par cet intermédiaire. Or, nous avons modélisé que ce qui est réel pour une conscience, est ce qu'elle peut percevoir. Allons plus loin et disons que n'est réel pour un être *que* ce qu'il perçoit et expéri-

1. Responsable : « Qui est l'auteur, le coupable de quelque chose. » En définissant ainsi ce mot, Larousse met l'accent sur la notion de culpabilité, alors que la responsabilité concerne essentiellement la *causalité*. La culpabilité peut ou non résulter de la causalité, pas l'inverse. Ici, c'est le concept de causalité qui nous intéresse.
2. Allusion à Claude Bernard (1813-1878), père de la médecine expérimentale qui à la fin de sa vie aurait dit : « *Le microbe n'est rien, le terrain est tout.* »

mente. *Je* perçoit l'univers par l'intermédiaire du système sensoriel qui constitue sa principale source d'information. C'est un piège : seules existent la réalité du corps et celle qu'il transmet. Puisque c'est lui qu'il perçoit, *Je* finit par penser qu'il est son corps. Comme il en va de même pour les autres *Je* du jeu de la vie, nous finissons tous par penser que la réalité se trouve au-dehors de nous et qu'elle est matérielle.

Ainsi, mon corps et l'univers physique finissent-ils par devenir les seules réalités que je reconnais, au détriment de ce que je suis réellement et que j'ignore : une conscience. « *Par l'histoire même de notre évolution, la conscience, submergée dans la Matière, s'est habituée à dépendre d'un certain nombre d'organes extérieurs pour percevoir le monde, et, parce que nous avons vu les antennes apparaître avant le maître des antennes, nous en avons déduit, puérilement, que ce sont les antennes qui ont fabriqué le maître et que sans les antennes, il n'y a pas de maître, pas de perception du monde. Mais c'est une illusion. Notre dépendance des sens est une habitude seulement, millénaire il est vrai, mais pas plus inéluctable que les silex taillés de l'homme chelléen.* » (Satprem, 1995, 126.)

Ainsi l'avoir est-il privilégié au détriment de l'être. Le langage rend pourtant compte de la dualité corps/*Je*. Je parle de « mon corps », « mon pied », « ma main », etc. Le langage assigne au corps la place d'objet par rapport à un sujet, *Je*. Or, je ne peux être à la fois sujet et objet…

Cas de consciences

Dans notre modèle, la rétention dont nous avons abondamment parlé, résulte d'une situation que le système corporel n'a su expérimenter. La réticence à communiquer crée rétention d'énergie, densité, inertie, inconscience, etc. L'ensemble des rétentions constitue une mémoire remplie de toutes les informations correspondant à ce qui n'a pas été vécu complètement, ce qui n'a pas été intégré au cours des expériences de vie du passé. Tous ces éléments semblent s'agréger au système corporel, se superposer, solidaires et dépendants les uns des autres. On y trouve un vaste mélange d'informations, issues de situations inachevées, d'émotions refoulées, de traumatismes divers. À ce mélange s'associent sentiments de culpabilité et de honte, croyances, attitudes et comportements figés. « *La conscience matérielle, c'est-à-dire le mental dans la Matière, s'est formée sous la pression des difficultés – des difficultés, des obstacles, des souffrances, des luttes. Elle a été pour ainsi dire "élaborée" par ces choses, et cela lui a donné une empreinte, presque de pessimisme et de défaitisme, qui est certainement le plus grand obstacle.* [...] *C'est la grande base, l'immense base de la Vie. La vie est appuyée là-dessus : sur ce NON. Un non qui prend mille formes, des millions de formes et de petites maladies ou de petites faiblesses, mais qui vont toutes vers leur soif du non final : la mort.* » (Satprem, 1976, 199.)

Ainsi se crée le *cas* d'un individu, ce qui, dans le concept tissulaire, correspond à des consciences et fulcrums *aphysiologiques* créés au fur et à mesure des situations vécues par l'individu au cours de son histoire et dont il n'a pas conscience, mais qui génèrent des somato et psycho-rigidités, que le système essaie d'adapter comme il peut dans un tout le plus harmonieux possible. Il est alors en « bonne santé ».

Je n'a pas vraiment conscience de son *cas* mais puisqu'il est accroché au système corporel dont il dépend pour percevoir et se sentir exister, ce cas s'interpose entre lui et l'environnement, se comportant comme une interface indésirable, modifiant sans cesse la qualité de la relation en altérant les influx et les efflux.

Je ne voit jamais vraiment la vie et les autres tels qu'ils sont. Il les voit à travers son *cas*, fait de préjugés, d'opinions, de certitudes, de mal-être, bref, à travers des conditionnements qui règlent les relations de sympathie et d'antipathie, qui sont responsables des réactions intempestives face aux situations de la vie et rendent la relation parfois inutilement difficile. Comme les réactions surviennent face à *l'autre*, en sa présence, c'est lui qui en est considéré comme la source, le générateur, alors qu'il ne fait que réactiver quelque chose qui existe en l'individu. Ainsi, faute de conscience, naît la relation de type *pastorien* qui rend l'extérieur responsable du mal-être que *Je*, par l'intermédiaire du corps, ressent à son contact.

Attention et rétention

Une rétention prend source dans la vie, c'est-à-dire la conscience. La conscience qui l'a créée reste accrochée, en partie prisonnière, dans sa rétention ; ce qui est logique, puisque cette rétention, c'est elle-même. C'est aussi pourquoi une rétention, bien que peu communicante, est de nature vivante, et peut donc être atteinte par l'attention et l'intention. C'est un cycle de vie qui n'a pas été conduit à son terme,

qui reste inachevé, retenant une partie de la conscience qui n'a pas accepté de le vivre. Ainsi, le système corporel est-il tiraillé, emprisonné dans un réseau de vieux cycles non terminés qui le maintiennent en partie dans le passé. Cette partie de lui, emprisonnée dans ces cycles non terminés n'est pas disponible dans le présent. Le système corporel ne vit pas totalement dans le présent. Et *Je* qui utilise ce système ne peut non plus être totalement dans le présent. Sa perception de l'univers environnant et des autres est sans cesse parasitée par les morceaux du cas corporel qui troublent la perception. *Je* essaie donc de vivre le présent avec un système corporel qui ne s'y trouve pas, dispersé dans différents moments du passé. « *Rare est celui qui vit vraiment son présent, et uniquement son présent, dénué de divers échos ou rappels d'un passé plus ou moins ingrat, plus ou moins cruel ou tragique, qui viennent polluer ses impressions actuelles, gonfler ses émotions et déformer sa vision du monde.* » (Desjardins, 2001, 136.)

LA RELATION PRATICIEN/PATIENT

Il n'y a aucune différence essentielle entre un praticien et un patient. Ce sont deux êtres humains : « *Le praticien est un mécanisme respiratoire primaire involontaire au sein d'une physiologie corporelle volontaire vivante. Son patient est doté des mêmes qualités, c'est-à-dire qu'il est un mécanisme respiratoire primaire involontaire au sein d'une physiologie corporelle volontaire vivante.* » (Brooks ed., 1997, 138.)

Qu'est-ce qui, dans le modèle tissulaire, différencie le praticien du patient ? Autrement dit, qu'est-ce qui installe un des deux termes de ce binôme dans le rôle du praticien ? Essentiellement une convention porteuse d'un contrat implicite passé entre ce dernier et une personne venant chercher de l'aide. Cet accord mutuel transforme un système corporel en praticien, en lui conférant le statut de fulcrum. Dans l'échange qui s'établit, il devient un point d'appui à partir duquel (et non pas dans lequel) le patient peut se décharger et retrouver une harmonie, une cohérence. Selon la conscience qu'a le praticien du rôle qu'il joue et la manière dont il envisage son patient, la relation peut se façonner de manière très différente.

La fin de l'objectivité

Patient et praticien sont tous deux des systèmes de consciences organisées et centrées. La relation praticien/patient est une relation de consciences, potentiellement communicantes. J'insiste sur le qualificatif *potentiellement* car c'est seulement selon le point de vue adopté par le praticien et la conscience qu'il met en jeu que cette relation sera ou non activée à son meilleur niveau. En effet, selon qu'il a conscience ou non d'avoir affaire à des systèmes conscients, son regard et son comportement seront très différents.

S'il n'en a pas conscience, il ne va discerner du patient que le *corps chose* et s'adresser à lui comme à un objet. Les réponses seront syntonisées à ce point de vue, celles d'un objet. Le praticien travaille sur cet objet pour y changer ce qu'il pense devoir être modifié. Par son savoir et son expérience, il a acquis la connaissance de ce qu'il faut faire pour aider le patient. Il peut se considérer comme l'observateur extérieur et objectif de son patient. Il applique une force venue de l'extérieur. Dans ce cadre, celui de la relation biomédicale classique, le praticien a tendance à privilégier le savoir : son efficacité lui semble, pour l'essentiel, en dépendre.

Si, en revanche, le praticien envisage son patient comme un système de consciences, il s'adresse à elles comme à des sujets et obtient des réponses de sujets. Une réelle communication peut s'installer donnant une relation beaucoup plus riche, beaucoup plus vivante, beaucoup plus inattendue aussi. Les outils de la conscience que sont présence, attention et intention peuvent être utilisés, mais du même coup, le praticien n'est plus seulement extérieur, il participe à l'expérience : « *Au moment où le praticien pose les mains sur un patient pour établir un diagnostic et procéder à un traitement palpatoire, il participe avec lui à une expérience quantique de partage. Lorsqu'il travaille avec les tissus vivants du patient, il lui est totalement impossible d'être un observateur neutre ou impartial.* [...] *Par conséquent, la palpation devient un échange vivant entre deux corps vivants. Le praticien fait beaucoup plus qu'observer.* [...] *Sa propre conscience de la vie qui l'habite désirant comprendre la fonction vivante au sein du patient est un stimulus suffisant pour invoquer le mécanisme respiratoire primaire et la physiologie corporelle du patient afin qu'ils montrent leurs mécanismes et la réponse des tissus au toucher participatif*

du médecin. Il s'agit réellement d'une unité quantique d'échange mutuel entre praticien et patient. » (Brooks ed., 1997, 138.)

Ce type de relation active le *potentiel inhérent*[3] et permet aux ressources vitales disponibles d'amener le changement par l'intérieur. C'est une affaire de conscience, de présence, d'attention et d'intention. Dans ce cadre relationnel, le praticien privilégie l'expérimentation directe des choses. Même si le savoir conserve une importance, ce qui domine ici, c'est la compréhension du fonctionnement d'une relation vivante.

Cependant, quelle que soit la manière dont elle est vécue, la relation réunit deux êtres vivants. Sa nature même la rend potentiellement thérapeutique car, pour un patient en recherche désespérée d'harmonisation, n'importe quel point d'appui vaut mieux que pas de point d'appui : « *La communication et l'interaction entre le patient et le thérapeute contribuent également à susciter le changement. Le simple fait que le patient et le thérapeute communiquent peut parfois produire des effets thérapeutiques.* » (Watzlawick, 1993, 88.) Envisager la relation praticien/patient comme une relation d'êtres, permet cependant de mieux comprendre certains aspects de la relation thérapeutique.

EFFICACITÉ

On peut supposer que l'une des préoccupations majeures de tout praticien est l'efficacité, en vue de laquelle il cherche à améliorer ses compétences. Outre l'expérience, qui ne se forge qu'avec le temps et la pratique, l'acquisition du savoir est la solution la plus couramment envisagée. Selon la conscience du praticien, elle sera vécue de manière différente.

Dans la relation *objet*, le praticien pense détenir la solution au problème du patient et la fait dépendre de son savoir. En cas d'échec ou de difficulté, il estime ne pas en savoir suffisamment à propos de l'objet sur lequel il travaille – le corps de son patient – et se lance dans la recherche effrénée de connaissances : « *La modification voulue s'obtient par application du contraire de ce qui a produit la déviation.* [...] *Si cette action corrective s'avère insuffisante, alors, en faisant plus de la même chose, on arrivera peut-être au résultat souhaité. Cette façon simple et "logique" de résoudre un problème s'applique non seulement à de nombreuses situations quotidiennes, mais aussi à une multitude de processus interactionnels, en physiologie, neurologie, physique, économie et dans de nombreux autres domaines.* » (Watzlawick, 1975, 49.) Le praticien pense mieux s'en sortir en augmentant ses connaissances en anatomie, en physiologie, en pathologie, en embryologie, et en toutes sortes d'autres *logies*.

Bien entendu, cette solution n'est pas fausse. En savoir plus sur un sujet peut être très utile, voire indispensable, à condition de maintenir une cohérence entre les données du savoir et pour l'ostéopathe, de ne pas perdre de vue la globalité. Nous avons abordé cette question avec le cône de la connaissance (cf. chapitre 2, « Complexus »). En revanche, sans la conscience de la vie, cette solution mène souvent à l'opposé de ce qu'elle cherche parce qu'elle fractionne, rompt la cohérence du corps de connaissance étudié, et rend particulièrement difficile l'appréhension globale des choses.

Le praticien s'adressant à un système conscient met l'accent sur la relation directe et l'interactivité praticien/patient. Sans être oubliée, la recherche de la connaissance est guidée par la communication, et demeure cohérente. Une information n'a de sens que dans la mesure où elle est reliée à l'ensemble du corpus et en cohérence avec lui. Dans cette relation, le praticien recherche l'information directement chez le patient. Dans le concept tissulaire, c'est de la structure vivante elle-même que le praticien tire son information essentielle. Il a plus de chance d'être adapté à la demande et d'y répondre comme il convient. Les solutions sont essentiellement dans le patient et non essentiellement dans le praticien : « *Seuls les tissus savent.* » (Duval, 1976, 12.)

Stabilité et fixité

Dans le modèle tissulaire l'action thérapeutique consiste à fournir un fulcrum à une ou plusieurs zones de rétention pour leur permettre de se décharger dans le mouvement. Fournir un point fixe devrait donc suffire à l'efficacité. Voire ! Analysons les concepts de fixité et de stabilité.

3. Nous traduisons ainsi le mot anglais *potency* utilisé par Sutherland et les ostéopathes crâniens pour désigner la puissance inhérente du mécanisme corporel, dont la traduction littérale serait « puissance ». Mais cette traduction initie une confusion avec celle de *power* signifiant également « puissance ».

Dans le chapitre sur les techniques essentielles, la fixité a été définie comme l'impossibilité de changer de point de vue. On peut la concevoir comme la conséquence directe du *cas* de l'individu. Un *être/conscience* est figé par son cas, empêtré dans la multitude de cycles inachevés qui tels des filaments ténus et invisibles, le retiennent à ce sac rempli d'informations, d'émotions refoulées, de traumatismes divers, associés à toutes sortes de sentiments de culpabilité et de honte, de croyances, d'attitudes et de comportements stéréotypés. L'*être/conscience* est conditionné, fixé, la rigidité, tant somatique que psychique, les deux allant de pair, en est la manifestation.

Ainsi fixé, un praticien peut faire un excellent thérapeute. Sa fixité *naturelle* offre un point d'appui extrêmement stable au patient en recherche de fulcrum. Mais la caractéristique de la fixité, étant l'incapacité au changement, le point d'appui ne sera thérapeutique que pour certains patients : ceux avec qui la syntonisation est naturelle, aisée. En revanche, ainsi fixé, le praticien ne peut se syntoniser à bon nombre de personnes qui échappent à sa sphère d'influence et pour lesquels il ne peut fournir le fulcrum recherché. Ici, le patient doit être adapté au praticien.

Un praticien non figé peut, au contraire, changer de position par rapport à son patient, s'adapter à lui, entrer dans sa sphère d'influence et y établir un point d'appui stable, en adéquation avec son cas et la difficulté qu'il présente. Ici, c'est le praticien qui s'adapte au patient. Plus il le fait consciemment, plus il a de possibilités de fournir le bon fulcrum et de conduire une relation thérapeutique efficace. Voilà une première raison qui devrait pousser le praticien à s'occuper de son *cas*.

RÉSONANCES ET RÉACTIVATION

L'implication du praticien présente un risque : dans les moments de mobilisation énergétique correspondant aux libérations de rétentions du patient, l'information (notamment émotionnelle) se trouve mobilisée et peut provoquer par résonance la mobilisation d'informations similaires existant chez le praticien. Pour être plus précis, disons que la mobilisation du cas du patient risque de mobiliser le cas du praticien, dont la première réaction, *pastorienne*, est de rendre le patient responsable de son mal-être : cela ne survient-il pas en sa présence ? Notons que la même chose peut également se produire chez le patient… Les inconforts résultant de cette relation mutuelle ont conduit plus d'un thérapeute à la considérer comme dangereuse. Pour qui n'a pas conscience de ce qui se passe, il y a effectivement de quoi prendre peur ! Les solutions proposées sont en correspondance avec le niveau de conscience dans lequel cette difficulté est vécue : la relation *objet*. La première réaction du praticien est de se *protéger*. Nous revoilà dans le vieux système de l'enfermement. Or, la fermeture d'un système relationnel est la caractéristique de l'univers physique. La communication y est particulièrement restreinte.

Une solution souvent proposée consiste à *créer une bulle* servant de refuge au praticien. Outre le fait qu'elle ne fonctionne pas vraiment, elle a l'inconvénient de constituer une barrière à la communication et de ramener à une relation d'objets.

QUELQUES SOLUTIONS

Je propose d'examiner quelques solutions permettant de mieux conduire une relation de consciences. Elles ne sont certes pas miraculeuses, mais peuvent aider à mieux gérer certaines des difficultés évoquées.

Centrage, présence et lâcher prise, préalables indispensables

Une des raisons de la vision *pastorienne* vient de ce que *Je* reste accroché au corps et ne perçoit que par son intermédiaire. Le *lâcher prise* qui depuis le début de ce livre a été associé à la présence, vient en premier s'offrir à *Je* pour modifier sa relation aux corps, le sien et celui des autres. J'aimerais pointer le fait que *rétention* et *lâcher prise* constituent les deux pôles extrêmes d'un couple logique, comme ceux évoqués dans le chapitre sur les modèles[4]. Ce n'est donc pas par hasard si le lâcher prise a été placé comme premier élément de l'attitude du praticien. Ce n'est pas non plus par hasard que la présence constitue le cœur de la méditation, bouddhique ou

4. Un couple est constitué d'opposés apparents qui fonctionnent dans l'échange et la collaboration. Notre univers est fondé sur les couples et leur échange : une création n'existe que parce que son contraire existe avec elle. C'est l'échange entre les deux opposés qui crée l'impression d'existence.

autre, du yoga, des arts martiaux et pré-martiaux (type Qi gong), de l'approche Feldenkrais, de l'*Eutonie* Gerda Alexander et de nombreuses autres démarches centrées sur l'être et sa relation au corps et à l'univers.

Centrage, présence et lâcher prise permettent à *Je* praticien de demeurer consciemment extérieur au patient. De plus, la conscience qu'il joue le rôle de fulcrum pour le patient doit lui permettre de ne pas se laisser *abîmer* en lui. C'est aussi le moyen permettant, selon le modèle élaboré, d'expliquer la libération de l'énergie par le mouvement. Le rôle du praticien n'est certes pas d'*absorber* les misères de son patient, mais d'être point d'appui et témoin : même s'il participe, il est observateur des flux bloqués se libérant dans le mouvement.

Présence et lâcher prise permettent enfin au praticien connaissant la nature de la relation thérapeutique (communication de consciences), de vivre la relation dans la conscience, mais *détaché* de ce qui se passe, impliqué en tant que thérapeute, mais pas en tant que *Je*, ce qui lui confère une plus grande causalité.

Ainsi, tout ce qui permet au praticien d'améliorer son centrage et son lâcher prise l'aide à conserver un point de vue extérieur, tout en participant activement à la relation avec son patient et en étant efficace. Cela doit l'encourager à chercher à travailler et améliorer la qualité de sa présence, en utilisant les approches comme celles rapidement évoquées ci-dessus.

La maintenance du praticien

Quelle que soit la qualité de sa présence, elle n'empêchera pas le praticien de se trouver parfois empêtré dans son *cas* et gêné par lui. Indépendamment de nos contacts avec les patients, la vie se charge de mettre en œuvre le processus de résonance : situations bouleversantes, périodes de surmenage, de fatigue, difficultés personnelles, etc. sont inévitables. Par ailleurs, comme n'importe quel humain, le praticien est exposé aux sources de flux bloqués déjà mentionnées. La nécessité m'a obligé à recourir à des mesures de maintenance personnelle, destinées à calmer les résonances de *cas* que la vie provoque inéluctablement. Je considère aujourd'hui que cela devrait faire partie de l'hygiène de vie de tout thérapeute, ostéopathe ou non.

L'auto-compression occipitale est la technique qui m'a le plus aidé. Voici comment la pratiquer : allongé sur un support rigide (le mou, faute de renvoi du poids, ne permet pas au corps de connaître son état de relâchement), l'occiput repose sur un support relativement dur et qui le maintient stable. Ce support peut être constitué de deux balles de caoutchouc dur pas trop volumineuses, enserrées dans une jambe de collant les maintenant l'une contre l'autre. D'autres supports peuvent convenir : cales en bois ou boules de tringles à rideaux accolées recouvertes de moquette épaisse, etc. L'important est d'avoir un support rigide, dur mais présentant quelque souplesse et maintenant la position de la tête.

La pratique est similaire à celle réalisée sur un patient, mais ici, *Je*, le praticien, centre son attention sur son propre corps et travaille à partir des perceptions qu'il en obtient directement. Ainsi allongé, il assure enracinement, lâcher prise et présence, comme déjà évoqué. L'attention est centrée sur le corps et se focalise sur les perceptions internes que génère la compression occipitale. Puisqu'il s'agit de son propre corps, il est beaucoup plus facile pour *Je* de localiser dans l'espace corporel les zones de rétentions qui se libèrent : leur perception est directe, interne. Il peut s'agir de sensation de pression, traction, chaud, froid, tiraillement, douleur, etc. *Je* met l'attention dessus et les laisse se dissiper. Une multitude de cycles se succèdent ainsi, accompagnés de grands besoins de respirer et de sensations de relâchement survenant après la dissipation d'un inconfort. La technique peut durer longtemps. La perception d'un bon relâchement et d'une fluidité dans l'ensemble du corps en signe la fin.

Le crâne/bassin/crâne n'est pas facilement réalisable seul, mais un ajustement réalisé par l'intermédiaire du ballon devrait suivre l'auto compression, dans l'optique maintenant bien connue de réharmoniser le système et de le recentrer sur l'axe dure-mérien. Il peut être réalisé en empilant les différentes *lésions* sphéno-basilaires, ou globalement, en suivant les indications données spontanément par le ballon.

Le traitement régulier délivré par un praticien tissulaire me semble enfin indispensable. Il permet des libérations que seul un point de vue extérieur rend possible.

Aujourd'hui encore, j'utilise régulièrement ces pratiques. Elles m'ont permis de traverser de moments de difficultés sans sombrer dans le mal-être perma-

nent et de vaincre l'appréhension de la mise en résonance. Elles m'ont permis également de me déconnecter suffisamment de mon propre *cas* pour faciliter l'accès à la présence et au lâcher prise. Travail sur soi et entraînements vont de pair.

Le *cas* corporel est important et semble inépuisable. Ce travail, outre qu'il m'a permis de demeurer en bonne santé physique, m'a également permis de libérer de nombreuses zones de rétentions qui ne sont jamais revenues. « *Dès que l'homme ordinaire reçoit un choc, physique ou moral, sa réaction immédiate est de se replier sur lui-même ; il se contracte, entre en ébullition et décuple le mal. Le chercheur, au contraire, qui aura établi quelque immobilité en lui, verra que cette immobilité dissout les chocs, parce qu'elle est large.* » (Satprem, 1995, 99.)

L'amélioration du praticien

Enfin, l'ostéopathie, même tissulaire, ne résout pas tout. Pour l'avoir vécu moi-même, et avoir expérimenté comment cela a changé mon être, je recommande de recourir à des démarches thérapeutiques de régression consciente. Elles sont nombreuses aujourd'hui (*Rebirth*[5], *Clarification du mental*, *Lying*, *Respiration holotropique*[6], *Primal thérapie*, approches somato-émotionnelles, etc.) et je n'en recommande aucune en particulier. Pour en avoir essayé plusieurs, ce qui me semble essentiel, plus que le nom de la démarche, c'est la qualité de la relation s'établissant avec un praticien. C'est son habileté à aider son patient à affronter ses conflits, blessures et peurs passés qui en fait l'efficacité.

J'insiste en revanche sur régression *consciente*. Il m'apparaît capital que, dans ces démarches, le patient soit conscient de ce qui se passe. Les situations qu'il a vécues dans le passé et qu'il n'a pu affronter sont siennes. Lui seul connaît dans le détail ce qui s'est réellement produit et détient la solution. Elle est présente au cœur du problème : au moment où la situation a été mal vécue, il y a eu choix : « *Je ne veux pas vivre cela* ». C'est ce choix qui en a fait une rétention. Seul le patient le connaît et peut le retrouver pour l'annuler. Aucun praticien extérieur ne peut lui dire de quoi il s'agit. Même dans le mental, « *seuls les tissus savent* ». Le rôle du praticien se borne donc à guider son patient, à l'accompagner pour *revivre* ce qu'il n'a pas voulu vivre. Le patient doit pour cela être totalement conscient.

J'ai dit plus haut que ces démarches ont changé mon être, mais ce n'est pas juste. Elles ont libéré mon être de toutes sortes de scories qui s'y étaient accrochées et que je croyais faire partie de moi alors qu'elles n'étaient pas miennes. Ces chemins m'ont permis de mieux *discerner*, de prendre conscience.

Enfin, puisqu'il dissout le *cas*, c'est le moyen le plus radical que je connaisse pour éliminer obstacles à la présence et mises en résonance. Le *cas* diminuant, les situations de la vie – thérapeutiques ou non – ne trouvent plus rien à mettre en résonance. « *Quand nous sommes délivrés de la tension du mental pensant et de son bourdonnement, de la tyrannie du mental vital et de sa fébrilité, ses exigences insatiables, de l'épaisseur et des craintes du mental physique, nous commençons à comprendre ce qu'est le corps sans toutes ces surcharges épuisantes, et nous découvrons que c'est un merveilleux instrument – docile, endurant, plein d'une inépuisable bonne volonté. C'est l'instrument le plus méconnu qui soit et le plus mal traité.* » (Satprem, 1995, 132.)

LES RECETTES DU PÈRE TRICOT…

Associées au développement et à la *maintenance** personnels, quelques *astuces* peuvent permettre de faciliter encore le travail du praticien, lui évitant ou diminuant les inconforts.

Accepter au lieu de refuser

Lorsque, au cours d'une relation – thérapeutique ou autre –, l'inconfort apparaît, la première réaction est de le refuser. Si *Je* prend conscience que l'inconfort ressenti émerge directement de son cas et corres-

5. *Rebirth* (angl. « renaissance »). Technique de régression consciente découverte et mise au point par l'Américain Léonard Orr dans les années 60. La technique repose sur l'altération de la conscience induite par l'hyperventilation et permettant à la personne de régresser dans son passé pour y retrouver des événements émotionnellement chargés afin de les *revivre* et de les décharger.

6. *Respiration holotropique*. Technique de régression consciente mise au point par le psychiatre américain Stanislav Grof dans les années 70, reposant sur une relaxation profonde, des techniques respiratoires contrôlées, des musiques évocatrices spécifiques et un travail corporel. Son objectif principal est d'activer l'inconscient et de débloquer l'énergie emprisonnée dans des symptômes émotionnels et somatiques, en un courant d'expériences dynamiques. Son principe fondamental est la reconnaissance du potentiel curatif, transformateur et évolutif des états non ordinaires de conscience dans lesquels la psyché semble manifester une activité thérapeutique spontanée.

pond à des refus enfouis et oubliés, il peut consciemment décider de laisser l'inconfort exister. Le plus souvent, comme par miracle, il finit par disparaître, alors que les efforts tentés pour ne pas l'expérimenter ou le faire disparaître le laisseront persister. Cette acceptation n'est pas facile, parce que l'inconfort qui émerge par résonance est justement issu d'une situation dont *Je* et son corps n'ont pas voulu faire l'expérience dans le passé. La tendance est de refuser à nouveau. Cela nous permet de comprendre que beaucoup de mesures thérapeutiques – notamment chimiques –, modifiant ou supprimant le ressenti de ces inconforts empêchent leur libération. C'est à juste titre que le terme de *camisole chimique* a été utilisé à leur propos. Elles sont d'autant plus dangereuses qu'elles sont efficaces : Je ne ressentant plus son inconfort, pense en être guéri, alors qu'il est simplement enfoui un peu plus profond et risque fort de ressurgir au cours d'une situation de résonance que la vie lui présentera fort probablement.

La synchronisation, une clé

Le concept qui a été développé pour la synchronisation aux paramètres physiques d'une structure corporelle (poids, densité, tension) peut également nous aider ici : aller au-devant, se synchroniser rend les choses plus faciles. Comme aller au-devant du poids d'une structure fait diminuer la sensation d'effort, aller au-devant d'un ressenti corporel, au lieu de le refuser, le rend moins désagréable et souvent le fait disparaître. Une hypothèse peut être avancée : puisqu'une rétention est une situation de vie, elle est elle-même vivante. Elle n'a pu exprimer quelque chose et cherche par tous les moyens à le faire. Plus on lui refuse cette possibilité, plus elle s'impose. Cette possibilité une fois accordée, elle n'a plus de raison de s'imposer et disparaît. Cela me fait penser à l'enfant qui sans cesse répète : « Dis Papa ! » tant que papa ne lui a pas accordé l'attention qu'il demande. Un cycle relationnel est ouvert et ne se ferme que lorsque papa accorde son attention. Ainsi également des pensées qui tentent de s'imposer et que nous repoussons. Les pensées seraient-elles vivantes ?

Informer son propre système de ce qui se passe

Enfin, puisque le praticien anime et dirige un système de consciences organisées et centrées, son propre système corporel, il peut communiquer avec lui et l'informer de ce qui se passe. Il peut lui indiquer que la charge n'est pas sienne, mais vient d'un autre. Il assume ainsi la causalité sur son propre corps, ce qui minimise l'effet reçu. Il pourra calmer ultérieurement les résonances par une auto-compression occipitale, puis se réharmoniser et se recentrer en utilisant le ballon.

LE PRATICIEN IDÉAL

Existe-t-il un praticien idéal ? Si ce n'est celui qui s'attache à une relation *objet*, est-ce celui qui ne considère que la relation *sujet* ? Bien entendu, fidèles au concept non-aristotélicien qui anime notre réflexion depuis le début, nous situerons le praticien idéal entre les deux. Le praticien idéal est celui qui est centré. Il est conscient des deux aspects de la vie et du vivant et sait les intégrer dans un comportement de type dialogique. Il est mobile entre ces deux pôles, selon la situation du moment, la relation qui s'établit avec son patient et la juste évaluation de ses besoins. Il sait s'enraciner dans l'univers physique et le savoir qui lui fournissent une assise stable et se relier à l'univers de la conscience qui lui fournit une vision englobante et changeante, lui permettant de s'adapter aux éléments présents. Il est relativement déconnecté de son cas, ce qui lui facilite l'accès à l'univers de la conscience, le relie à sa nature profonde. Ici me viennent les propos de Sutherland, cités par Becker : « *Plus proche de moi qu'un souffle est le Créateur du mécanisme crânien… Plus proche du patient est le Créateur de son mécanisme crânien… Mes doigts qui pensent, sentent, voient et savent sont guidés intelligemment par le Grand Architecte qui a conçu ce mécanisme. L'interprétation que j'en donne importe peu, pourvu que mon trolley mental demeure en contact avec le Fil.* » (Brooks ed., 1997, 38.)

Questions/Réponses →

QUESTIONS / RÉPONSES

En travaillant ainsi, je me sens vite fatigué.

Cette remarque est souvent formulée par ceux qui débutent dans ce type de travail. Elle comporte plusieurs éléments de réponse.

Nos études nous ont conditionnés à travailler avec le corps dans une relation de type *objet*. Dans ce type de relation, la syntonisation à la densité et la tension se conçoit au niveau matériel et se fait dans un effort provoquant la fatigue. Une fois intégré que vous travaillez avec une structure vivante, donc consciente, la syntonisation devient plus facile : elle se fait en utilisant l'attention et l'intention. Plus elles sont présentes et de qualité, mieux répondent les structures, et moins il y a besoin de force. Cela demande de l'entraînement. Le travail sur la présence est ici capital.

À plusieurs reprises, j'ai évoqué le fait que, lorsque je suis juste par rapport au poids, à la densité et à la tension de la structure contactée, la sensation d'effort diminue voire disparaît. C'est donc la capacité à se syntoniser subtilement avec ces paramètres qui est à travailler. Vous savez que vous êtes juste lorsque vous obtenez une perception plastique de la structure, même osseuse. À ce moment, la sensation d'effort diminue, et comme par miracle, la fatigue aussi. Cela dépend plus de l'attention et de l'intention que de la force. La fatigue peut également résulter de la remise en mouvement d'éléments du *cas* du praticien. Le travail sur la présence qui déconnecte le praticien de son cas est une première étape particulièrement utile et efficace. Un travail sur soi visant à libérer le *cas* me semble toutefois la seule réponse à terme.

Il n'en reste pas moins que ce travail demande au praticien d'être au mieux de sa forme physique. L'hygiène de vie peut donc être un élément déterminant. Manque de sommeil, surmenage, stress, mauvaise hygiène alimentaire, etc., sont autant d'éléments pénalisants. Je ne vous propose pas de mener une vie ascétique, mais d'analyser votre relation à l'environnement, de trouver ce qui vous réussit et ce qui vous nuit, et d'en tenir compte pour vivre de manière plus cohérente avec ce que vous êtes en conscience, et physiquement. Vous seul pouvez déterminer de quoi est faite cette cohérence qui, de plus, sera différente d'un praticien à l'autre.

Enfin, ce travail est gros consommateur de certaines vitamines, notamment la C, et de certains minéraux et oligo-éléments, notamment les minéraux du nerf (calcium, phosphore, potassium, magnésium). Un apport supplémentaire à l'aide de produits de source naturelle peut être intéressant. Vitamines et minéraux travaillant en synergie, je conseille donc d'utiliser des apports multi-minéraux et multivitaminiques. Tester ou faire tester vos besoins par des techniques d'interrogation tissulaire (voir chapitre sur le dialogue tissulaire) me semble la procédure la plus cohérente.

Pouvez-vous donner des conseils diététiques ?

Non. Au début de ma carrière, j'ai cru discerner dans cette voie une solution *miracle*. J'ai étudié et essayé plusieurs systèmes. J'ai rencontré beaucoup de sectarisme. Chaque chef d'école ayant résolu des problèmes personnels avec son système pense que c'est *le* système. C'est faux. Le système nutritionnel idéal pour l'homme n'a pas été déterminé. Je vous propose d'appliquer à votre nutrition quelques règles de bon sens. Vous connaissez la plupart : utilisation de produits les plus naturels et les plus bruts possibles, peu de sophistication culinaire, de la mesure en tout.

Pensez ensuite que la vie est relation, et votre corps conscient. Pour peu que vous l'écoutiez, il sait vous dire ce qui vous convient ou non. Votre plus grande difficulté, c'est de l'écouter…

Par ailleurs, comme pour le lait évoqué plus haut, il y a vous, le produit et les circonstances de la rencontre. Heureusement, le corps parvient à trouver ce dont il a besoin même dans une nutrition imparfaite. Soyez attentifs à ce que vous mangez et buvez et aux conséquences ressenties dans le corps, pour déterminer ce qui vous convient et ce qui ne vous convient pas.

J'ai beaucoup de difficultés à stabiliser mon attention.

Ce problème est aussi très souvent évoqué. Dans le passage à la relation *sujet* avec les structures tissulaires de votre patient se trouve sans doute une partie de la solution. Lorsqu'il y a communication réelle, l'attention se stabilise beaucoup plus facilement, parce que les flux sont alternés, alors que, dans la relation *objet*, les flux sont à sens unique (de vous vers le corps du patient).

Le travail sur la présence, la maintenance du praticien et le travail sur le *cas* sont d'autres clés importantes.

Les conditions de travail peuvent jouer un grand rôle : un lieu calme, fermé (pas d'intrusions), sans téléphone (beaucoup utilisent le répondeur téléphonique), un temps de séance suffisamment long sont des éléments essentiels pour pouvoir être présent plus facilement.

Rappelez-vous par ailleurs ce qui a été dit sur les cycles commencés et non

terminés. Chacun de ces cycles emprisonne une partie de vous-même. Cela est vrai pour les vieux cycles constituant le *cas*, tel que nous l'avons évoqué plus haut, mais également pour les cycles de votre vie actuelle : tout ce que vous avez commencé et n'avez pas terminé. Je vous propose un exercice simple : faites une liste de tout ce que vous avez commencé et non terminé. N'oubliez pas les petites choses (ce livre mal rangé, cette lettre qui attend d'être envoyée, etc.). Une fois la liste complétée, terminez ce que vous pouvez terminer. Ne procédez pas par ordre d'importance, mais par ordre de possibilité immédiate. Posez-vous la question : « *Qu'est-ce que je peux terminer là, maintenant ?* » En procédant ainsi, vous libérerez une partie de vous-même et votre capacité d'attention s'améliorera dans des proportions qui vous surprendront sans doute.

Quel temps faut-il pour une séance ?

Puisque la vie est relation, il n'y a aucune raison d'imposer un temps de séance. Pour évaluer cela, je vous propose de recourir à la loi de Parkinson, déjà évoquée dans le chapitre sur le *modus operandi* qui dit que « *plus on dispose de temps pour faire une chose et plus précisément cette chose demande de temps* » (Parkinson, 1983). Utiliser ce précepte aide également à demeurer dans le temps présent, toujours centré sur l'objet de la consultation.

À vous entendre, l'ostéopathie serait un chemin d'initiation.

Plus que l'ostéopathie, c'est la vie que je considère comme un chemin d'initiation. Et comme l'ostéopathie fait partie de la vie… Au début de ce livre, j'ai insisté sur le fait que l'ostéopathie, c'est la vie, et proposé de travailler à une compréhension de la vie. C'est en avançant sur le chemin que j'ai découvert qu'il s'agit effectivement d'un chemin d'initiation. En commençant, je ne m'attendais pas du tout à cela. Je ne peux concevoir l'ostéopathie comme un « job ». Imaginez-vous Still, Sutherland, Littlejohn, Becker, Frymann, la concevant ainsi ? Je suis effrayé à l'idée que l'organisation future de la profession puisse conduire à une telle aberration : « *L'apprentissage de la science de l'ostéopathie ne se fait pas selon des directions déterminées. C'est un chemin d'expériences, une voie d'évolution.* » (Brooks ed., 1997, 219.)

Vous insistez sur l'importance du présent, or vous insistez aussi sur les démarches de régression. Cette attention portée au passé n'est-elle pas morbide ?

Seul le présent est réel. La seule chose qui m'intéresse au sujet du passé, ce sont les cycles non terminés qui, inconsciemment, m'empêchent d'être totalement dans le présent ou qui me conditionnent. Une fois terminés, ils n'ont plus aucun intérêt. La régression consciente n'a pas du tout pour objectif de se vautrer dans le passé. D'ailleurs ce qu'on y trouve est tellement chargé de souffrance, qu'on n'a pas envie d'y rester.

De nombreux auteurs évoquent nos facultés de résilience et disent que l'on peut très bien surmonter des épisodes traumatisants.

La résilience dont vous parlez, c'est la capacité d'un individu à se remettre d'une situation traumatique, physique ou psychique. Je l'associe à la santé inhérente dont nous avons parlé plus haut. Mais cette faculté n'empêche pas le passé non résolu d'agir sur nous aujourd'hui, à notre insu. C'est cet insu là qui me dérange et qu'il me semble intéressant de résoudre.

De vos propos se dégage l'idée que l'ostéopathie tissulaire pourrait se substituer à des démarches de type psychologique. Est-ce votre pensée ?

Si je pars de l'état actuel de nos consciences et de nos savoir-faire, la réponse est *non*. Si j'imagine ce que deviendra l'approche tissulaire dans les années à venir, la réponse qui me vient est spontanément *oui*. Le modèle de la conscience sur lequel je me suis fondé depuis le début de ce livre porte en lui les potentialités d'un accroissement de cette conscience, suffisant pour intégrer un jour l'esprit, *psyché** et *soma** dans une approche unifiée et cohérente.

Aujourd'hui, nous évoluons encore selon une compréhension sectorisée de la vie. La séparation du soma et de la psyché, fruit de la pensée aristotélicienne, est encore très inscrite dans les consciences, chez les praticiens comme chez les patients. Mais cela changera très certainement dans les années à venir. Psyché et soma constituent un couple. Pourquoi ne pas leur appliquer le concept dialogique ?

Si vous doutez encore de l'influence de la psyché sur le soma, reprenez les ballons comme dans l'expérience de perception de l'impulsion rythmique tissulaire. Une fois la perception dans les mains, pensez à une personne avec qui vous êtes en conflit ou à un problème quelconque et analysez ce qui se passe dans le ballon. Puis, pensez à une personne avec qui vous êtes en grande affinité ou à un moment de grande réalisation, de grand succès, et analysez ce qui se passe dans le ballon. Rappelons que cette expérience nous permet de ressentir par le mouvement, les consciences à l'œuvre…

Je vous invite à réfléchir aux conséquences du concept tissulaire tel qu'il a été développé depuis le début de ce livre. Ce modèle postule que, dans le vivant, tout est conscience. Nous pouvons appliquer le modèle du cône à la

conscience, l'esprit se situant au sommet et le soma vers la base. Mais il s'agit toujours de consciences, la seule différence étant la matérialité et la sophistication de la communication, fonction du niveau du cône auquel on s'adresse. Quel que soit leur niveau dans le cône, le point commun à toutes les consciences demeure l'aptitude à communiquer, c'est-à-dire à échanger de l'information, plus ou moins sophistiquée selon les niveaux.

Dans ce contexte, l'activité thérapeutique consiste à rejoindre une conscience pour l'aider à se libérer de quelque chose, c'est-à-dire terminer un cycle de vie qui a été commencé et n'a pu s'achever. L'approche tissulaire propose un moyen d'atteindre les consciences par l'intermédiaire du soma. Mais, à l'évidence, d'autres moyens existent qui tous reposent également sur la communication, comme les approches psychologiques, psychanalytiques, ou somato-émotionnelles. L'approche tissulaire offre l'avantage de travailler avec les deux pôles du cône, esprit ou psyché, et soma.

Mais, quelle que soit l'approche privilégiée, le vrai problème, c'est d'atteindre la ou les consciences qui ont à un moment décidé de refuser de communiquer. La plupart des techniques purement verbales m'apparaissent insuffisantes sur ce point. Une zone de rétention manifeste de la conscience en refus. Comment communiquer avec une conscience qui le refuse ? Même si elle peut être très utile, l'approche purement verbale ne permet pas d'atteindre les noyaux durs d'un cas si elle ne s'assortit de techniques permettant d'atteindre les zones de refus. Autrement dit parler de ses problèmes ne sert pas à grand-chose si l'on n'atteint pas la zone de refus, donc d'inconscience, qui en est la source.

Les techniques de régression consciente permettent d'atteindre ces souffrances et de les faire exprimer ce qu'elles ont à exprimer. Toutes se fondent sur une altération de la conscience, visant à diminuer la conscience de veille, pour atteindre des consciences qui ne peuvent se manifester autrement. Beaucoup, comme par exemple le *Rebirth*, la thérapie primale ou la *Respiration holotropique*, recourent à l'utilisation et au contrôle de la respiration secondaire. Dans l'approche tissulaire, nous agissons plutôt par la respiration primaire. Mais, qu'elles soient primaire ou secondaires, les respirations sont les manifestations fondamentales de la conscience... Dans l'approche tissulaire, la diminution de la conscience de veille se manifeste par la mise en para-sympathicotonie.

« *Notre conscience éveillée normale, ce que nous appelons la conscience rationnelle, n'est autre qu'une forme particulière de conscience. Tout autour d'elle, séparées uniquement par le plus fragile des écrans, se trouvent des formes potentielles de conscience totalement différentes. Nous pouvons traverser la vie sans jamais suspecter leur existence ; mais il suffit de savoir les stimuler et en un instant, elles sont là dans toute leur plénitude.* » (Chopra, 1990, 202.)

Une fois que le patient a atteint ses zones de refus, ce n'est pas d'en parler qui est important, mais de les laisser s'exprimer, de les ré-expérimenter. Le problème et d'accepter d'expérimenter ce qui a été refusé un jour et s'est enkysté. Le rôle du praticien est alors d'aider la personne à traverser et résoudre ce qu'elle a contacté. Pour cette activité, le chemin n'est pas encore bien balisé. La recherche est en cours.

Pratiquez-vous systématiquement des régressions en cabinet ?

Non, pas du tout. C'est même plutôt rare. J'ai évoqué tout à l'heure la séparation du soma et de la psyché, encore très inscrite dans les consciences, chez les praticiens comme chez les patients. Lorsqu'ils viennent voir l'ostéopathe, la plupart des patients viennent voir un somaticien. Ils ne sont pas conscients de la conscience corporelle ni de l'étroite relation existant entre leurs manifestations somatiques et leurs difficultés d'être. C'est donc en communiquant avec eux que j'établis la nécessité ou non d'aller jusqu'à un travail plus poussé dans ce domaine. Ensuite, il importe d'obtenir leur consentement, et de ne pas les forcer s'ils sont trop réticents. Tout cela appartient à la subtilité relationnelle s'établissant entre deux êtres. Enfin, je ne me sens pas non plus particulièrement investi des responsabilités et prérogatives d'un praticien spécialisé dans les domaines psychologiques. Donc aujourd'hui, mon attitude est plutôt celle d'un *urgentiste*. Je n'utilise la régression que si je sens que c'est manifestement la seule réponse adaptée au problème du patient, et qu'il est d'accord pour suivre cette voie.

Puisque vous semblez connaître ces techniques, pourquoi ne les exposez-vous pas ?

Aujourd'hui, je sais guider une personne pour traverser une rétention contactée. Mais la démarche n'est pas suffisamment intégrée et les outils pédagogiques pas suffisamment développés pour que je puisse les enseigner. Par ailleurs, l'aide à ce niveau demande un contrôle très précis de la communication avec le patient. Cela s'apprend. Il faut une supervision étroite que ne permet pas l'écrit.

Quel chemin conseillez-vous ?

Votre chemin. Si j'ai parfois évoqué mon propre chemin, ce n'est pas pour que vous le suiviez, mais pour montrer comment les choses ont découlé les unes des autres. Je constate aujour-

d'hui que les difficultés que j'ai rencontrées, beaucoup de jeunes praticiens les rencontrent. J'ai eu la chance de trouver des solutions viables. Et, puisque nous avons commencé en évoquant Christophe Colomb et sa traversée, continuons avec cette métaphore en disant que ce qui m'a intéressé, c'est de mettre au point des instruments de navigation me permettant de tracer ma route. Ce qui m'intéresse, ce n'est pas que vous suiviez la même route, mais que vous utilisiez les instruments qui fonctionnent pour tracer la vôtre.

Ce que nous allons faire maintenant

Nous allons nous intéresser à la perception, activité fondamentale de la conscience.

> « [...] *Cette merveille autoconstructrice, automotrice communément reconnue comme homme, au sein de laquelle vie et matière s'unissent, exprimant leurs relations mutuelles bienveillantes. Tant que dure cette relation, nous avons l'homme vivant unique, exprimant et prouvant la relation pouvant exister entre vie et matière, du plus petit atome vivant aux plus grands mondes. Ils ne peuvent exprimer forme et action que grâce à cette loi. L'harmonie ne peut exister que là où il n'y a pas d'obstruction.*
> *L'ostéopathe trouve là le domaine sur lequel il peut s'appuyer pour toujours. Ses devoirs en tant que philosophe l'avertissent que la vie et la matière peuvent être unies et que l'union ne peut continuer s'il existe quelque empêchement au mouvement libre et absolu. De ce fait, son devoir est de maintenir à distance tout ce qui pourrait entraver le libre passage des forces du système nerveux, grâce auxquelles le sang peut être délivré et ajusté et maintenir le système en condition normale. Là est votre devoir ; faites-le bien si vous voulez réussir.* »
>
> (Still, 1999, 164.)

17 LA PERCEPTION DE L'ÊTRE

« C'est en comprenant la perception
que nous pouvons commencer à comprendre
l'ostéopathie comme philosophique. »
Domenick Masiello, « *Ostéopathie, une perspective philosophique* », *ApoStill* n° 6, p. 35.

Jusqu'au début des années 80, je n'ai pas fait de distinction précise entre palpation et perception. Je dirais plutôt que je ne me suis intéressé qu'à la palpation. Pourtant, « *Il est utile de souligner ici la différence qui existe entre palpation et perception. La palpation est l'acte de toucher à l'aide d'un organe des sens approprié : c'est une action purement physiologique. Grâce à ses qualités proprioceptives, la main peut ressentir la nature, la forme et le mouvement de l'objet qu'elle palpe.*
La perception est une notion plus vaste que la palpation qu'elle englobe, comme un outil d'information pour explorer le monde extérieur » (Schmitt, 2000, 22).
Bien que depuis le début de ce livre l'accent ait été mis sur la palpation des tissus vivants, beaucoup d'autres possibilités perceptives utilisant le système sensoriel existent. Mais pour moi, le plus grand changement fut de découvrir que l'on peut percevoir *autrement*.

DE LA PERCEPTION DU CORPS À LA PERCEPTION DE L'ÊTRE

La mutation s'est effectuée à la suite d'une expérience inattendue vécue un soir d'hiver alors que je traitais un patient par compression occipitale. J'avais les yeux fermés, l'attention englobant l'ensemble de son corps. Je pris soudain conscience que je percevais des zones sombres et des zones claires. Ouvrant les yeux, je vérifiai que cela ne venait pas de l'éclairage halogène de la pièce. Il ne variait pas. Je refermai les yeux, replaçai l'attention sur le patient, et discernai à nouveau des zones claires et sombres. En déplaçant l'attention ailleurs dans la pièce, je ne discernai que du noir, sauf dans la zone du lampadaire, plus claire.
Cela venait-il du patient ? En focalisant l'attention sur différentes régions de son corps, je remarquai effectivement que les zones claires et sombres changeaient. Je me demandai si cette différence pouvait avoir un sens, et focalisai l'attention sur une zone particulièrement sombre dans l'espace sacro-iliaque droit. Je sentis alors l'occiput se mettre en mouvement dans mes mains. Ce mouvement dura un certain temps, ralentit, puis s'arrêta. En même temps, ma perception de la zone changea. Elle s'était éclaircie.
*Délire** ? C'est bien entendu la première chose à laquelle j'ai pensé bien que n'étant sous l'emprise d'aucune drogue, ni d'alcool. Cette perception était-elle une simple illusion ou venait-elle du patient ? Je ne savais pas.
Je me livrai bien évidemment à la même expérience avec le patient suivant. Je mis en place la technique et attendis, les yeux fermés, pour déterminer si le panorama clair/sombre apparaissait. Il apparut, bien que différent. Je choisis une zone sombre, cette fois au niveau hépatique, et y focalisai mon attention. De nouveau, un mouvement démarra au niveau de l'occiput. Lorsqu'il s'arrêta, la perception de la région hépatique du patient demeura plus sombre que les régions environnantes. Je commençai une technique

hépatique, l'attention orientée vers le foie. Je discernai dans l'espace hépatique, une zone très sombre, sur laquelle je focalisai l'attention, ce qui fit immédiatement démarrer un mouvement de la structure. Une fois la technique terminée, la zone sombre avait disparu et, lorsque je repris contact avec la tête, la région hépatique m'apparut plus sombre lorsque, les yeux fermés, je projetai l'attention dessus.

J'étais troublé. Rien dans mon état ne justifiait cette prise de conscience soudaine. Pourquoi ce jour-là et pas la veille ou l'avant-veille ? Je ne l'ai jamais su. Avec le recul, je pense qu'à force de travailler sur l'enracinement, le centrage, le lâcher prise et la présence, cette conscience a pu émerger. Il est probable que le travail sur mon *cas*, évoqué au chapitre précédent y a également contribué.

Cette expérience fut le point de départ d'un changement dans ma manière de travailler. Jusqu'alors, je m'intéressais presque uniquement à la palpation. À partir de ce moment, je me suis également intéressé à la perception.

QU'EST-CE QUE PERCEVOIR POUR UNE CONSCIENCE ?

Mes tentatives pour étudier la perception m'ont tout de suite conduit là où je ne désirais pas aller : dans la complexité. En effet, les différents auteurs que j'ai tenté d'aborder à ce moment tenaient des discours philosophiques qui, s'ils m'intéressaient parfois, ne débouchaient la plupart du temps sur rien d'utilisable en pratique, ni sur une meilleure compréhension quant au phénomène lui-même. J'ai alors adopté pour la perception la démarche déjà utilisée pour gérer le complexe : remonter dans le cône, définir, analyser, modéliser, puis expérimenter.

Conscience et perception

Le dictionnaire définit la perception comme l'action de saisir par les sens ou par l'esprit. L'acte de percevoir peut donc utiliser ou non le système sensoriel.

Le modèle développé dans le chapitre « Être » considère la perception comme le moyen utilisé par une conscience pour expérimenter son état d'être, maintenir sa certitude d'exister en tant que telle. *Dans cette optique, la perception est une activité fondamentale de la conscience.*

Perception et attention

Dans le chapitre sur la palpation, l'attention a été définie comme la projection de l'être, *Je*, la conscience, dans l'espace physique, déterminant un espace virtuel – un champ d'attention – dans lequel il perçoit. Pour interpréter l'expérience décrite plus haut, la *projection de l'être* m'a semblé une clé intéressante. En plaçant mon attention sur telle ou telle partie du corps du patient, je me projette dans son espace. Les yeux étant fermés, la perception sensorielle visuelle ne peut fonctionner de manière habituelle. C'est une autre perception qui intervient, celle de la conscience, de l'être, de *Je*.

La conscience, en se projetant ainsi, peut ou non rencontrer des résistances, voire des obstacles, à sa progression. C'est cette résistance à la progression de *Je* dans l'espace qui crée une perception. Le modèle est le suivant : lorsque *Je* en se projetant ne rencontre rien, il ne perçoit rien. S'il rencontre d'autres consciences en bon état de vie, il perçoit de la clarté. Lorsque, au contraire, *Je* rencontre d'autres consciences en *hypo-vie*, il perçoit du sombre. Et en même temps, se projetant, lui, conscience vivante, sur ces structures en refus, il leur apporte la vie, les met en connexion avec le Souffle de Vie dont parle Sutherland, ce qui les fait changer et provoque du mouvement. Depuis sa mise au point, j'utilise ce modèle dans mon travail journalier. Il m'est d'une grande aide. Cependant, à l'usage, certaines remarques et réflexions ont émergé :

Remarque 1. Ce système ne fonctionne que si je n'utilise pas d'artifice, notamment celui de la création d'images. En effet, si au lieu de simplement me projeter dans l'espace corporel du patient je projette une image, une représentation de l'organe ou de la région anatomique, je travaille avec l'image projetée au lieu de travailler avec les consciences locales. Les informations obtenues sont très différentes, les résultats aussi.

Remarque 2. En comparant mes perceptions dans le modèle d'expérience décrit ci-dessus, avec celles d'autres praticiens, je me suis rendu compte que dans les mêmes conditions d'expérience, nous ne percevions pas tous la même chose. La diversité est même l'élément dominant, allant de celui qui ne perçoit rien que du noir, à celui qui perçoit des images, des couleurs, des formes géométriques, des espaces, etc. Dans mes essais relatifs à la pédagogie

de la perception, j'ai dû tenir compte de ces particularités et consacrer un temps important à la reconnaissance et au développement d'un référentiel perceptif personnel.

Remarque 3. Enfin, je me suis aperçu que ce type d'activité, pouvait générer une grande fatigue, particulièrement lorsque je tentais de l'accomplir sans être enraciné, centré et présent. Je me suis demandé ce que cela changeait. J'ai interprété centrage, présence et surtout lâcher prise, comme l'action de se relier à d'autres niveaux de conscience supérieurs ou englobants, le praticien n'étant plus la source de l'énergie vitale mais le simple transmetteur d'une énergie de vie qui ne lui appartient pas. Je le considère volontiers comme le Souffle de Vie dont parle Sutherland et qui nous centre tous : « *Étant donné que toutes les manifestations matérielles – l'homme, l'environnement et ses relations avec ses congénères humains – sont centrées par le même Souffle de Vie, amenant tous les éléments de sa vie à cet espace central, le Souffle de Vie permet à un nouvel équilibre conçu pour la perfection, de se manifester.*

Au sein de chaque individu et de son environnement se trouve la capacité de se centrer sur ce centre commun, ou si ça lui est nécessaire, de chercher de l'aide auprès d'autres individus (le praticien) ; le praticien a la possibilité de centrer le patient parce que c'est le même Souffle de Vie qui centre toute vie. » (Brooks ed., 2000, 200.)

POUR UNE PÉDAGOGIE DE LA PERCEPTION

Ce modèle postule qu'une conscience reçoit les informations de son environnement grâce à la perception. Un être établit donc son réel à partir de ce qu'il perçoit. Allons plus loin : n'est réel pour un être *que* ce qu'il peut percevoir.

Le premier obstacle

Comme nous utilisons tous l'interface corporelle pour percevoir, les perceptions sensorielles sont nos principales sources d'information, ce qui devient rapidement un piège résultant du consensus et de la répétition : à force d'utiliser ce référentiel, nous le renforçons et comme les autres consciences utilisent la même interface pour percevoir, nous tombons tous d'accord pour considérer l'univers physique comme le seul existant : « *Nous baignons en effet depuis longtemps dans un consensus qui fait qu'à telle information des sens correspond telle signification. Nous nous entendons par exemple sur le fait que telle couleur est rouge, que tel objet est solide, que telle chose est une rose. Ce livre de significations s'est construit au fil des générations d'êtres vivants. Jour après jour, le langage, l'éducation, la culture, la vie enrichissent et complexifient l'ouvrage. À tel point que l'image que nous nous faisons du monde acquiert son autonomie par rapport à la représentation primitive. Elle devient tellement construite, tellement solide que le monde est désormais en nous, et qu'il n'est plus possible de voir autre chose.* » (Castello et Zartarian, 1994, 40.)

Comme nous n'avons pas conscience de forger notre propre réalité à partir de nos perceptions, nous déterminons comme réelles et objectives des choses qui ne le sont pas forcément : « *Finalement, l'image du réel que nous tirons de la perception n'est rien d'autre qu'une construction de pensée élaborée grâce au livre de significations à partir des messages sensoriels.* » (Ibid., 40.)

La difficulté majeure qui entrave le développement d'une autre perception résulte de la difficulté à rompre le consensus, d'accepter d'expérimenter les choses autrement et de nous apercevoir que nous ne percevons pas tous la même chose de la même manière. L'expérience peut être tellement déstabilisante pour un être qu'il refuse de la poursuivre, l'esquive la plus habituelle consistant à considérer qu'il s'agit d'un *délire*.

Priorité à l'expérimentation

L'objectif d'une pédagogie de la perception consiste à aider un être à sortir de ses conditionnements de manière à lui faire percevoir des choses inhabituelles pour lui et modifier ainsi son niveau de réalité. Il faut cependant partir de ce que l'être reconnaît comme réel et l'aider à prendre conscience qu'il perçoit déjà beaucoup de choses autrement que par le système sensoriel. Comme nous ne sommes pas tous semblables, nous percevons parfois de manière très différente. Il convient de l'aider à établir son propre référentiel et à le renforcer par la pratique. Cela n'est possible que dans la mesure où l'individu accepte de fonctionner au niveau de l'être et non plus au niveau de l'avoir. Enracinement, centrage et lâcher prise sont les clés qui ouvrent le passage.

Ainsi, bien que la réflexion sur la perception soit présentée avec des mots, l'accent doit être mis sur l'expérimentation. Ayant conscience du lien étroit existant entre perception, réalité et conscience, sachant comment une perception limitée forge une réalité limitée fermant elle-même la porte à des perceptions plus fines, aider un être à améliorer sa perception, c'est lui permettre d'améliorer son niveau de réalité et par conséquent son niveau de conscience. Ce mécanisme, entretenu de manière graduelle et surtout régulière est le plus sûr moyen de progresser sans cesse. C'est le chemin que je vous propose d'emprunter. « *La prise de conscience séparée de la pratique reste inefficace.* » (Fromm, 1978, 196.)

La véracité des perceptions

Reconnaître que la perception est une activité fondamentale de la conscience, nous oblige à nous préoccuper de la véracité de ce qui est perçu. Autrement dit, ce que je perçois est-il vrai ou non ? Plutôt que demander si une perception est vraie ou non, je préfère dire qu'elle *est*. Mais elle est seulement pour celui qui perçoit. Son existence et sa vérité sont relatives à celui qui perçoit et aux conditions du moment de la perception.

L'être qui perçoit une information ne sait pas toujours l'interpréter ni la relier. Sa tendance naturelle est alors de l'invalider, c'est-à-dire de dire que ce qu'il a perçu est faux ou qu'il délire.

Une autre source d'invalidation résulte de la comparaison avec la perception des autres, notamment lorsqu'il s'agit de perceptions échappant au domaine purement objectif de l'univers physique. Constatant des variations, nous avons presque systématiquement tendance à valider la perception de l'autre et à invalider la nôtre. Est-ce par peur de rompre le consensus qui nous permet de communiquer ?

L'invalidation par l'être de ce qu'il perçoit conduit directement à la diminution de ses facultés de perception : ne lui faisant plus confiance, il renonce à utiliser l'aptitude, qui s'émousse et finit par se cantonner à ce qui est reconnu par tous et ne pose pas de problème, l'univers physique !

Qu'elle intervienne au niveau matériel, objectif, ou non matériel, subjectif, accepter toute perception pour valide, même si l'être ne parvient pas à lui donner un sens ou à la relier, est un préalable indispensable à tout progrès dans ce domaine. J'irais même plus loin : invalider la perception d'autrui, c'est lui nuire directement. Lorsque deux êtres ne sont pas d'accord sur ce qu'ils perçoivent, la seule chose correcte à faire est de reconnaître qu'ils n'ont pas perçu la même chose !

À ce niveau, le travail à plusieurs praticiens a été pour moi particulièrement révélateur du piège des mots et de la comparaison des perceptions. Il arrive très souvent, en effet, que travaillant sur un patient, nous soyons tous d'accord sur la région à traiter. En demandant quelle perception conduit chaque praticien à focaliser son attention sur cette région, les descriptions sont déjà fort différentes. Puis, centrant toutes les attentions sur cette région, chacun suivant le mouvement des tissus là où il se trouve placé sur le corps du patient et décrivant ce qu'il perçoit, les descriptions sont encore très différentes, sans lien apparent entre elles. Mais au moment du still-point et de la résolution, alors que chacun le décrit à sa manière, tout le monde est d'accord pour dire que le phénomène se produit. Les descriptions de ce qui est perçu lors de la résolution elle-même sont souvent dissemblables. Pourtant, tous vivent au même moment quelque chose de similaire : la libération d'une zone de rétention. Cette expérience maintes fois répétée, m'a conduit à respecter la perception d'autrui et surtout à ne pas la juger, mais à chercher à comprendre ce que veut dire mon interlocuteur. Cela n'est possible qu'en acceptant l'idée que nous utilisons des référentiels différents et en cherchant ce qui est commun plutôt que ce qui est différent.

ÉVALUER L'EXISTANT

La première étape de la pédagogie que je propose, consiste à évaluer nos possibilités actuelles en matière de perception. Il m'apparaît en effet évident que nous ne sommes pas égaux dans ce domaine. Cette étape est importante, puisqu'elle entérine le niveau présent de réalité d'un être, celui qui lui sert de base opérationnelle habituelle, celui qui fonctionne pour lui. Mais l'être travaille la plupart du temps dans ce domaine de manière non consciente. La première chose à faire est donc de rendre la perception consciente.

Il s'agit de recenser les éléments perceptifs, objectifs et subjectifs, que l'individu utilise de manière

courante et sûre dans son travail d'ostéopathe ou dans la vie.

Il paraît logique de commencer par développer les perceptions utilisant l'interface corporelle. La réalité de l'être n'est pas choquée et l'amélioration progressive de ses facultés perceptives le conduit progressivement vers d'autres niveaux qu'il peut d'autant mieux accepter que son niveau de réalité ou de conscience s'améliore proportionnellement à ses perceptions.

Jusqu'à maintenant, nous avons insisté sur la perception des éléments objectifs de la vie tissulaire : les paramètres objectifs de palpation. C'est l'affinement de ces perceptions qui entrouvre l'huis vers la perception non matérielle, pourvu que nous acceptions de *laisser nos portes ouvertes* à ce qui veut entrer.

Trouver le bon niveau

Il convient de procéder graduellement, à partir du point de départ accessible à l'être. Ainsi, sa réalité n'est pas choquée ou dépassée. Un des écueils les plus importants dans ce domaine consiste à évaluer incorrectement la possibilité perceptive d'un être et à lui proposer des choses inaccessibles à sa perception présente. On lui demande de fonctionner selon des schémas inadaptés à ces possibilités présentes. Or, comme notre niveau de conscience correspond à ce que nous pouvons percevoir, nous avons souvent du mal à comprendre ou à accepter que ce qui est évident pour nous ne le soit pas forcément pour tout le monde et avons tendance à projeter chez l'autre les mêmes aptitudes et problèmes que les nôtres. C'est une erreur pédagogique grave. Elle est source de désaccords inutiles. C'est un des écueils essentiels qui s'est opposé au développement du concept crânien.

Dans ce domaine, vouloir aller trop vite est également source de difficultés. Cela crée de l'effort et engendre de la résistance, ou un contre effort égal et opposé. En reprenant le schéma du bateau que nous désirons faire avancer, il faut évaluer et utiliser la force juste suffisante pour le faire avancer le plus vite possible sans pour autant engendrer de résistance trop importante. Il s'agit également de syntonisation/synchronisation.

Pratique pour évaluer l'existant

Cette pratique est décrite en utilisant la compression occipitale, technique globale qui met le praticien en relation avec le patient dans son ensemble. Mais, la mise en œuvre peut se faire avec n'importe quelle technique tissulaire.

Il convient d'accorder le temps nécessaire à l'enracinement, au centrage, au lâcher prise et à la présence. C'est seulement lorsque ce préalable est bien réalisé, en fonction des possibilités actuelles du praticien que la pratique prend vraiment son sens.

La technique est mise en œuvre et le praticien suit les déroulements tissulaires qu'il perçoit. Il lui est demandé de noter les différentes perceptions survenues au cours du déroulement de la technique. Toutes les perceptions doivent être notées, qu'elles soient reliées au domaine objectif (reliées à l'univers physique et au système sensoriel comme les paramètres de palpation ou les couleurs, sons, odeurs, etc.), ou subjectif (impressions corporelles du praticien, pensées, représentations colorées, clair/sombre, images, symboles, intuitions, émotions, etc.)

C'est la répétition de cet exercice qui permettra finalement au praticien de reconnaître ses perceptions et de commencer à établir un référentiel avec lequel travailler. Plus qu'une pratique sporadique, c'est donc un nouvel état d'être que je propose d'adopter, consistant à demeurer éveillé à toute perception, sensorielle ou non, survenant lors de la pratique journalière.

ÉVALUER LES POTENTIALITÉS

Il convient ensuite d'évaluer les possibilités latentes de chacun. Cela se fait en recensant les perceptions rencontrées fugacement et auxquelles nous avons refusé le droit de s'exprimer. Cette étape est capitale car elle permet de réhabiliter des aptitudes invalidées.

La plupart d'entre nous ont des possibilités perceptives bien meilleures que nous le croyons. Mais comme nous avons passé notre vie, notre temps d'études ostéopathiques et notre temps d'exercice professionnel à nous en refuser l'accès, ces facultés sont atrophiées. Pourtant, elles ne demandent qu'à s'épanouir. Dans ce domaine également, nous sommes créateurs. Nous avons créé de l'incapacité, mais comme la santé toujours présente, notre capacité innée ne demande qu'à se manifester à nouveau : « *Argumente sur tes limites et, à coup sûr, elles sont tiennes.* » (Bach, 1978, 84.)

Pratique à la recherche des perceptions sporadiques
Cette pratique ressemble à la précédente. L'accent est mis sur ce qui est ordinairement perçu, mais également sur les perceptions qui semblent inhabituelles. La répétition de cet exercice sur différents patients en utilisant différentes techniques permettra au praticien de retrouver des perceptions oubliées et de les ajouter à son référentiel.

ÉTABLIR UN RÉFÉRENTIEL PERSONNEL

À partir de ce qu'il sait faire, l'être doit établir son référentiel perceptif personnel. Comme nous ne percevons pas tous la même chose au même moment, ni de la même manière, il est vain de vouloir établir un programme de développement des perceptions identique pour tous, dans l'espoir de parvenir au développement des mêmes possibilités perceptives. En revanche, il est particulièrement intéressant et gratifiant pour chacun d'établir son propre référentiel de perceptions, celui qu'il va développer et utiliser de manière privilégiée et surtout consciente. Ainsi, peut-il améliorer ses performances. Tant qu'il essaie de travailler avec un système qui ne lui correspond pas, au mieux il piétine, au pire, il échoue. Dès qu'il travaille avec son système personnel, probablement unique, il progresse.

Pratique pour établir le référentiel
C'est la répétition des manières de travailler exposées ci-dessus qui permettra peu à peu au praticien d'établir son référentiel perceptif et de l'utiliser avec succès. C'est un travail de longue haleine. Les résultats des premiers tests seront très différents d'un praticien à un autre. Peu importe. Ce qui compte, c'est de travailler avec ce qui fonctionne déjà, de l'améliorer et de développer toute nouvelle aptitude. Il est évident que cette démarche ne fonctionne que dans l'honnêteté et qu'il faut accepter les différences et les difficultés. Il n'y a pas d'autre solution que de travailler avec ce que nous sommes.

UNE PRIORITÉ

Le développement de la perception devrait être une des priorités essentielles dans la formation du praticien en ostéopathie. Viola Frymann, tient à ce sujet des propos visionnaires : « *Je vous invite maintenant à vous projeter avec moi dans le temps, et à évoquer l'ostéopathie que connaîtront nos petits enfants. Les premières cent années d'ostéopathie furent consacrées à obtenir la reconnaissance légale et statutaire de l'ostéopathie et à son acceptation comme partie intégrée à notre mode de vie. Le second siècle servira à développer le praticien lui-même vers un stade où l'ostéopathie sera non seulement un système s'occupant de soigner le patient comme un tout, mais également une manière de vivre demandant un engagement total de la part du praticien.*
Les étudiants des écoles d'ostéopathie seront jugés non seulement sur leur intérêt, leur connaissance académique et leur aptitude, comme on le fait aujourd'hui grâce à des études psychologiques, mais également sur leurs qualités inhérentes et leur sensibilité. L'étudiant aura besoin de mains sensibles, pouvant être entraînées à détecter l'état de santé par la sensation des tissus, l'activité des énergies dans le corps, la motilité des fluides, des tissus ; des mains qui pourront projeter leur connaissance pour déterminer l'état des organes internes. On demandera également à l'étudiant de développer un regard attentif non seulement aux manifestations extérieures de la santé et de la maladie comme nous l'observons aujourd'hui, mais également une vision pénétrante lui permettant de voir à l'intérieur du corps et d'établir le diagnostic par un regard direct sur la couleur et la vitalité de chaque partie de cette unité en fonctionnement, embrassant la continuité de la fonction, de la tête aux pieds, du centre à la périphérie. Il serait aussi inconcevable de diviser le corps en compartiments spéciaux que d'étudier la condition de la Rivière Colorado dans le Grand Canyon, en ignorant le barrage Hoover[1]*, le lac Mead et les systèmes d'irrigation de l'Imperial Valley. La vision de l'étudiant doit également être développée pour percevoir les champs d'énergie entourant les patients, ce qui lui permettra d'évaluer les conditions émotionnelles, mentales et spirituelles sous jacentes aux maux présentés. L'entraînement de l'étudiant inclura également le développement de son intuition car cela lui permettra d'analyser et de synthétiser toutes ces observations dans un diagnostic évaluant la totalité*

1. Barrage Hoover (Hoover Dam), aux États-Unis, barrage situé sur la frontière entre les États du Nevada et de l'Arizona, sur le fleuve Colorado. Il forme le lac Mead, l'une des plus grandes étendues d'eau artificielles du monde. Les générateurs hydroélectriques du barrage Hoover alimentent en électricité une grande partie du Sud-Ouest américain.

du patient, pour le diriger vers la thérapeutique appropriée. Il serait peut-être souhaitable d'interrompre un moment notre évocation pour détailler certains des concepts que je viens de mentionner.

Dans le Traité de Médecine de l'Empereur Jaune[2], *écrit en Chine il y a quelque 5000 ans, l'état de santé ou de maladie de chaque organe du corps est évalué par sa couleur. En état de santé, ces couleurs sont claires, fraîches, pures et belles ; en cas de problèmes, ces couleurs deviennent troubles, ternes, sombres proportionnellement au degré du dysfonctionnement. Il ne s'agit pas de simples couleurs statiques, mais de couleurs vibrantes et mobiles se mélangeant les unes aux autres au fur à mesure que les fluides tissulaires fournissent les voies de communication.* » (Frymann, 1998, 278.)

REVENONS À NOS FULCRUMS

Nous avons de nombreuses fois évoqué le concept de fulcrum, défini comme point d'appui. La palpation nous a permis de travailler avec les fulcrums physiologiques et non physiologiques, notre objectif étant d'aider des fulcrums non physiologiques à se résoudre pour ne plus perturber le système corporel.

Rappelons que, dans le chapitre « Organiser », nous avons envisagé que toute entité manifestée est centrée sur un fulcrum : « *Ainsi, il doit y avoir un fulcrum pour chaque atome, chaque molécule, chaque masse de matière.* » (Schooley, 1951, 73 ; Magoun, 2000, 103.) Un fulcrum est par définition immobile par rapport à ce qu'il centre. Le concept de fulcrum est le même, que l'on s'adresse à une conscience ou à une structure matérielle qui peut s'envisager comme une densification de consciences : « *Lorsque la matière dépasse son degré d'atomisation maximum, elle devient vie, et agit et se conforme pour s'adapter au corps de n'importe quel être de l'univers. Quand la matière n'est plus divisible, elle devient un fluide de vie qui s'unit facilement à d'autres atomes, pour devenir une masse de matière vivante pouvant se recristalliser en forme, attribuée par les causes parentes.* » (Still, 1902, 254.) La cellule a donc été envisagée comme un espace limité par une membrane et centré par une conscience. Chaque cellule, organe, système et organisme est centré par une conscience qui lui sert de fulcrum et lui donne vie.

La conscience comme fulcrum

Jusqu'alors, nous avons consciemment travaillé avec la matérialité des fulcrums. Le texte d'un ostéopathe anglais, Phil Parker, trouvé sur Internet, a stimulé ma réflexion et modifié ma perception du fulcrum : « *Un collègue avec qui je discutais me parla d'une patiente venue le consulter parce qu'elle avait du mal à concevoir son sixième enfant. Il me dit avoir senti son sacrum comme s'affaissant vers les pieds et qu'en dirigeant son attention à la fois vers là où il le sentait et vers là où le corps pensait qu'il était, les choses avaient commencé à se modifier.*

À mes yeux, cela avait un sens, référant à des idées de souvenirs tissulaires et de modélisations proprioceptives. Peut-être y avait-il là une définition plus accessible et plus compréhensible des fulcrums. Je l'ai essayé et cela semble vraiment faire la différence. Ainsi, fidèle à mon tempérament inquisiteur, j'essayais de voir de quelle autre manière je pourrais utiliser ce nouvel outil, en recherchant comment le corps établit sa relation aux choses et comment il devrait se relier à elles (de toute évidence, ce devrait est subjectif, car qui peut dire que le fulcrum est sensé se trouver à un endroit plutôt qu'à un autre ? Mais peut-être cette information est-elle fondée sur la connaissance intuitive du mécanisme involontaire du patient ou de nous-mêmes). » (Parker, 1998, 1.)

Localiser la conscience

Ce texte m'a fait discerner que toute manifestation étant centrée par une conscience, il peut être utile de s'adresser à la conscience qui centre la rétention plutôt qu'à la rétention elle-même. Autrement dit, en m'adressant au fulcrum mécanique – la densité –, j'avais tendance à n'envisager que son aspect matériel. Il m'a semblé tout à coup évident qu'il serait sans doute plus profitable de communiquer directement avec la conscience qui le centre.

J'ai donc cherché à entrer intentionnellement en relation avec le *fulcrum conscience* et ce que j'ai découvert m'a stupéfait : le *fulcrum conscience* ne se situait pas forcément au même endroit que le fulcrum mécanique non physiologique que je percevais comme une zone sombre et sur lequel je focalisais mon attention.

Ainsi, depuis ce temps, lorsque avec ma perception je localise une zone sombre, je demande verbale-

2. Veith, Ilza : *Huang ti Neiching So Wen. The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine.*

ment – mais mentalement – à la structure tissulaire : « *Où est le fulcrum ?* » - je pense évidemment au *fulcrum conscience*, celui qui centre le fulcrum matériel que je perçois comme zone sombre -, et je constate que ce *fulcrum conscience* est le plus souvent situé au cœur de la zone sombre, mais qu'il peut se situer à côté, plus ou moins loin, parfois en dehors du corps du patient, quelquefois même très loin.

Au début, je ne me suis même pas posé la question de savoir comment je savais où il se trouvait. Mais les personnes avec qui j'en ai discuté, se sont chargées de me la poser : « *Mais comment sais-tu qu'il est là ?* » Autrement formulé, qu'est-ce qui me permet de le localiser dans l'espace, corporel ou autre ? Eh bien, c'est encore la perception. Au moment où, l'attention centrée sur la zone perçue comme sombre (le fulcrum matériel), je pose la question : « *Où est le fulcrum conscience ?* », mon attention est immédiatement attirée vers la zone où il se trouve. En y focalisant l'attention, les tissus se mettent en mouvement, libérant de l'énergie, jusqu'à la libération de la rétention et à l'arrêt du mouvement.

En fait, j'englobe dans mon champ d'attention les deux perceptions : la zone sombre et la région de l'espace qui attire l'attention lorsque je pose mentalement la question. Au moment où mon attention englobe les deux fulcrums, le mouvement tissulaire démarre ou s'accélère et au moment de la résolution, lors du still-point, la zone sombre change et s'éclaircit plus ou moins et la sensation d'espacement entre les deux fulcrums disparaît.

Pour résumer

Le modèle est le suivant : une densité ou fulcrum non physiologique matériel est toujours centrée par un fulcrum de conscience, non matériel.

Non matériel, ce fulcrum n'est pas perceptible *aux yeux du corps* (la perception sensorielle), mais il est perceptible *aux yeux de l'être* (la perception non sensorielle).

Ce fulcrum non matériel peut ou non coïncider dans l'espace avec le fulcrum matériel.

Il importe de localiser le fulcrum non matériel qui centre le fulcrum matériel.

C'est en s'adressant au fulcrum non matériel que l'on permet à ses conséquences matérielles de se résoudre.

Pratique : localiser le fulcrum matériel centrant le ballon

La pratique proposée reprend l'exercice réalisé avec le ballon et décrit dans le chapitre « Palpation ». Le praticien prend le temps de percevoir le mouvement d'expansion-rétraction de l'impulsion rythmique tissulaire dans le ballon. Lorsque la perception est présente, il cherche à localiser dans l'espace le fulcrum matériel qui lui semble centrer le mouvement du ballon.

Pratique : localiser le fulcrum non matériel

La pratique est ici proposée avec la compression occipitale, mais elle s'applique à toute technique tissulaire.

Mise en place de la compression occipitale, telle que décrite au chapitre sur les techniques essentielles. Assurer enracinement, centrage, lâcher prise et présence. Englober dans le champ d'attention l'ensemble du corps du patient.

Laisser se dérouler les différents cycles de libération qui se produisent spontanément. Lorsque les libérations spontanées se terminent, le praticien, utilisant son référentiel perceptif personnel, recherche les zones qui donnent une perception lorsqu'elles sont touchées par l'expansion de l'être (attention). Il essaie de les libérer uniquement avec l'attention centrée dessus. Si cela n'est pas suffisant, il demande où est le fulcrum de conscience et englobe les deux dans son champ d'attention, tout en se synchronisant aux paramètres matériels de palpation, jusqu'au still-point et à la libération.

Remarque. Même dans ce processus, la globalité prime : le praticien va du général au particulier. L'attention ne devient spécifique que lorsque les autres possibilités ont été épuisées.

Questions/Réponses →

QUESTIONS / RÉPONSES

Ne croyez-vous pas que divulguer ces choses peut encourager des jeunes ostéopathes à faire n'importe quoi ?

Qu'entendez-vous par *n'importe quoi* ? N'est-ce pas simplement ce qui ne correspond pas à votre réel ou à l'ordre implicite des choses que vous reconnaissez aujourd'hui ? Lorsqu'une information gêne, provoque de l'inconfort, la tentation d'utiliser l'habituel comportement *pastorien* consistant à l'arrêter, plutôt que de chercher pourquoi elle nous gêne, est forte. Je vous invite à réfléchir à cette question.

Cela étant, je n'ai pas le pouvoir d'empêcher quiconque de faire *n'importe quoi*. À une époque, entendant des étudiants ayant assisté à mes stages ou des personnes avec qui ils en avaient discuté, je fus effrayé en constatant l'altération et la distorsion de mes propos. Désespéré, j'ai failli arrêter l'enseignement.

En réfléchissant à ce problème, j'ai vite discerné que je n'empêcherais jamais les gens d'altérer l'information qu'ils reçoivent. C'est une des principales raisons qui m'a finalement poussé à écrire ce livre : l'écrit n'altère pas ce qu'il transmet. Ne pouvant empêcher les gens d'altérer l'information reçue, j'ai conçu que ma responsabilité était de fournir un matériau écrit présentant le plus clairement possible ce que je désire exprimer et auquel se référer en cas de doute ou d'incertitude. Je ne puis faire plus, sinon me taire. Mais, ne rien dire laisse une information non transmise et ne donne pas la chance à celui qui voudrait s'en servir de le faire. L'humain étant de naturel curieux, il fera ses expériences sans guide et tâtonnera beaucoup plus longtemps. Il risque encore plus de faire *n'importe quoi*, sans possibilité de correction. Je crois que, même si elle dérange, faire circuler l'information vaut mieux que la retenir. La vie m'enseigne tous les jours que la rétention de l'information est une source majeure de difficultés.

Je trouve cela vraiment délirant, tellement à côté de la réalité que j'ai du mal à accepter ce que vous dites.

Je comprends votre réticence. Je crois que la seule manière de vous faire une idée, c'est d'essayer, avec ce que vous êtes aujourd'hui et vos moyens présents. Ce que je viens de décrire ne sera valide pour vous que si votre expérience confirme la mienne. Et même dans ce cas, elle sera différente, parce que vous n'êtes pas moi et que vos moyens perceptifs vous sont personnels. Ce qui m'intéresse, c'est de vous éveiller à ces perceptions et de vous donner des indications pour pouvoir les utiliser de manière rationnelle.

Je ne perçois que du noir, je n'ai aucune perception autre que les perceptions corporelles de palpation. Est-ce normal ?

Il en a été pour moi ainsi pendant fort longtemps. Cela ne m'a pas empêché de progresser. Travaillez avec le niveau de perception qui est le vôtre aujourd'hui. En l'utilisant, vous l'améliorerez et vous déboucherez un jour sur d'autres niveaux. J'ignore quand cela se fera pour vous. Ce qui me paraît important, c'est que vous soyez éveillé aux possibilités. Notez les perceptions sporadiques et inhabituelles qui se présentent et améliorez votre référentiel. Votre perception s'affinera. Par ailleurs, j'ai dit plus haut que ce qui m'a permis d'atteindre d'autres niveaux de perception, c'est le travail effectué sur moi-même en solo (reportez-vous au chapitre « *Être*, le praticien ») ou avec d'autres praticiens, ostéopathes ou autres. C'est en se libérant de son *cas* que l'être se *découvre* et peut accéder à d'autres modes de perception. La perception est un conditionnement. Le *cas* est un obstacle à la perception de l'être. S'il ne l'empêche pas, il fonctionne comme une lentille déformante. Il est donc important de travailler à le réduire.

Mais, s'il vous plaît, parce qu'il vous gêne, ne considérez pas votre *cas* comme un ennemi qu'il faut terrasser. Si vous l'abordez avec un tel état d'esprit, il vous opposera une résistance acharnée ! Chacun des éléments du cas s'est créé en son temps pour la survie de l'organisme. Il a donc eu son utilité. C'est la prise de conscience de son existence et de son inadaptation à ce qui se vit aujourd'hui qui le fait disparaître, pas l'agression destructrice. De plus, on peut détruire une manifestation, mais on ne peut détruire une conscience : elle est auto-existante.

Il n'y a pas de miracle. Le chemin est long, souvent ardu, mais il vaut la peine. Ce qui me semble essentiel, c'est que vous compreniez que là où vous en êtes, vous pouvez déjà considérablement aider votre patient.

Percevoir ces choses ne semble pas si évident, pourquoi l'évoquer devant tous ? Cela risque de conduire plus d'un à la frustration de l'échec, notamment les jeunes confrères qui n'ont pas votre expérience.

J'ai longtemps cru que tous les humains étaient aussi infirmes que moi quant à la perception et que la plupart des ostéopathes n'avaient pas d'autres perceptions que celles issues de la palpation. Mais, au fur et à mesure que j'ai échangé avec des praticiens, jeunes ou vieux, étudiants ou praticiens expérimentés, je me suis rendu compte que

beaucoup ont des perceptions très fines. Bien plus que je ne l'aurais imaginé. La plupart, cependant, n'en parlent pas. Ils n'osent plus. Ils ont été tellement invalidés lorsqu'ils tentaient d'exprimer leurs perceptions, qu'ils ont depuis longtemps compris qu'il valait mieux ne pas en faire état. N'oubliez pas que percevoir est l'activité fondamentale d'un être, d'une conscience. Ainsi, invalider la perception d'un être, c'est lui dire qu'il a tort. L'être en souffre, se retire et renonce à ses perceptions.

Cela commence dès l'enfance. La plupart des enfants perçoivent très finement, mais ne disposant pas des moyens verbaux leur permettant de s'exprimer, et surtout n'étant pas compris par les adultes, ils finissent par ne plus les utiliser et elles s'étiolent. Pour les ostéopathes, le peu qui reste est vite réduit par le moule enseignant qui considère tout ce qui n'est pas inscrit dans le *catalogue des perceptions légales* comme devant être éradiqué. Tout cela finit par être considéré comme délire et on n'en parle plus.

Dans les séminaires de techniques tissulaires, en revanche, nous travaillons beaucoup la perception et demandons aux participants d'exprimer ce qu'ils perçoivent. Nous respectons scrupuleusement ce qu'ils expriment. Ainsi, peu à peu, la confiance renaît et les langues se délient. Certains confient d'étranges *secrets*... J'ai ainsi eu la surprise de constater que beaucoup ont des perceptions qu'ils refoulent depuis longtemps. Valider leurs perceptions, c'est reconnaître leur être. Ils croient renaître !

La perception, par ailleurs, n'a rien à voir avec l'âge, ni l'expérience, ni les diplômes. Au contraire ! On peut penser que plus la personne est jeune, moins elle a subi d'invalidations. Pour ce qui est des jeunes confrères, donc, je crois vraiment qu'il faut profiter de leur fraîcheur dans ce domaine, leur permettre l'accès au monde des perceptions, tout en leur fournissant des modes d'emploi autorisant leur utilisation. Ce qui m'importe, c'est donc d'amener l'être à renouer avec sa faculté de perception et de lui proposer des outils lui permettant de tracer son propre chemin.

Percevez-vous les auras ? À quoi correspondent-elles ?

Je ne perçois pas les auras, en tout cas pas de la manière la plus souvent décrite, un rayonnement d'énergie lumineuse et colorée. Je ne sais pas si l'aura existe réellement. Ceux qui ont cette perception ont cherché à lui donner un sens : « *Les hommes ont élaboré beaucoup de systèmes pour définir le champ aurique. Tous divisent l'aura en couches, identifient celles-ci en fonction de leur emplacement, de leur couleur, de leur intensité lumineuse, de leur forme, de leur densité, de leur fluidité et de leur rôle. Chaque système s'articule autour du type individuel de recherche faite sur l'aura.* » (Brennan, 1993, 85.)

Elle est en général interprétée comme un champ énergétique correspondant à différents *corps*. Ce concept a été popularisé dans les années 80 par Janine Fontaine et son livre *Médecin des trois corps*. Je connais une description des différents *corps* :

- *Le corps physique* correspondrait au développement du monde minéral et constitue la partie *matérielle* du corps de tout être vivant.
- *Le corps éthérique* correspondrait à la vie et à la conscience végétale qui anime les organismes. Il gère les échanges du métabolisme. Les instincts naturels y sont liés.
- *Le corps astral* correspondrait à la manifestation des énergies et de la conscience animales. Cette conscience se caractérise par l'esprit individualiste, l'intelligence inventive, et toutes les facultés mentales et sentimentales associées que l'on pourrait appeler psychisme animal.
- *Le corps spirituel* correspondrait à la vie et à la conscience des êtres, les *Je*. Les possibilités de la conscience semblent ici beaucoup plus sophistiquées. *Je* possède notamment la capacité à revivre volontairement ses expériences passées. Cela va bien au-delà de la simple mémoire. C'est en confrontant des expériences sans lien apparent entre elles, que *Je* développe son intelligence supérieure, son interrogation sur l'existence, et la faculté de remettre en cause son comportement, voire sa conscience.

D'autres auteurs associent les auras ou corps énergétiques aux chakras que nous avons déjà brièvement évoqués. Je n'ai guère étudié ni expérimenté dans cette voie, mais cette présentation des choses me ramène au concept de conscience. Selon notre modèle, s'il existe un *corps*, il existe une conscience qui le centre. Donc chacune de ces consciences correspondrait à une des étapes majeures de l'évolution du système corporel à partir du règne minéral en passant par le règne végétal, puis animal, pour arriver enfin à l'homme que nous connaissons aujourd'hui.

À chacune de ces consciences correspond un rythme du plus rapide (minéral) au plus lent (conscience humaine). Il vous arrivera parfois d'*accrocher* un de ces rythmes par vos perceptions tissulaires. Vous pouvez vous amuser, si vous le désirez, à essayer de vous syntoniser avec chacun de ces rythmes en utilisant le ballon comme feed-back. La syntonisation est un acte de la conscience, ne l'oubliez pas. Cependant, ne cherchez pas à vous syntoniser avec les rythmes de l'univers physique. Ils sont tellement rapides qu'ils donnent à l'être une perception de solidité. C'est d'ailleurs ce qui lui fait croire à la réalité de l'univers physique...

En évoquant cela, je ne puis m'empêcher de remarquer qu'on peut encore appliquer le modèle du cône, partant du minéral au plus bas, et montant vers des niveaux de consciences de moins en moins matérielles. J'imagine qu'il existe des consciences non perceptibles matériellement, mais avec lesquelles il est possible de se syntoniser, ce qui donne des rythmes de perception différents. Plus on monte dans le cône, plus les rythmes ralentissent. Au sommet du cône, se trouverait la Conscience qui centre toutes les consciences et serait immobilité absolue. Mais cela n'est que spéculation.

Utilisez-vous cela en traitement ?

Je ne cherche pas à communiquer ni à travailler spécifiquement avec les différents *corps* ou niveaux de conscience correspondants. Les essais tentés n'ont pas été concluants. J'ai le sentiment qu'une telle tentative revient encore une fois à diviser une globalité. Une globalité ne fonctionne pas comme une juxtaposition d'éléments simples. Le système corporel est vraiment complexe et la seule solution opérationnelle que j'ai trouvée jusqu'alors pour gérer la complexité, c'est de l'aborder globalement.

La clé se trouve pour moi dans le concept de refus ou de rétention. Grâce à la palpation corporelle et à la perception de l'être, il est possible de trouver des zones de rétention et de permettre la résolution progressive de rétentions mineures, ce qui permettra au praticien de percevoir les rétentions majeures. Pour moi, cela fonctionne ainsi. Il m'importe peu de savoir à quel niveau de conscience je m'adresse. Tous sont présents en même temps et interagissent dans l'instant. Mon rôle se borne à libérer ce qui peut se libérer, puis à réharmoniser le système afin que toutes ces consciences puissent coexister et se manifester dans l'harmonie.

Pourquoi alors évoquer ces niveaux de conscience ?

Supposer leur existence importe parce que je ne peux communiquer avec ce que je ne reconnais pas comme existant. Or, dans le modèle que j'utilise, ces consciences m'apparaissent comme partie intégrante du système. Même si je ne m'adresse pas à elles spécifiquement, je les englobe donc dans mon champ d'attention et d'intention.

Cette connaissance m'a par ailleurs fait comprendre que la grande majorité des consciences présentes dans un système corporel appartiennent à ce que nous pourrions appeler le domaine *préverbal*. C'est-à-dire qu'elles ne communiquent pas avec un système aussi sophistiqué que le langage. Leur mode relationnel est très simple, quasiment binaire. Ma communication avec elles doit donc en tenir compte. Ces consciences sont sensibles à l'attention, réagissent par acceptation ou refus et manifestent des émotions simples. Je dois tenir compte de ces particularités si je désire avoir avec elles une communication signifiante.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE MAINTENANT

Nous allons parler du dialogue avec les tissus vivants et des possibilités ainsi offertes d'aller plus loin avec nos patients.

« Ce monde "tel qu'il est", c'est justement le grand mystère de l'évolution – nous le connaissons et les espèces le connaissent à travers une certaine vision très variable, binoculaire ou composée, dans une certaine gamme de fréquences vibratoires et par l'entremise de certains mécanismes fonctionnels – pinces, nageoires, cils vibratiles ou microscope électronique – qui ne décrivent pas vraiment le milieu mais notre propre manière d'être dans le milieu, ou plutôt nos successives manières d'être et de percevoir un mystérieux quelque chose dont nous donnons une traduction en langue batracienne, latine ou électronique. Mais c'est toujours "vu à travers". La seule différence entre l'homme et les autres espèces est qu'il y met une arrogance gréco-latine et que ses nageoires particulières, cérébrales, ont envahi tout le système et bouché tous les autres moyens de communication si bien qu'il ne sait même pas très bien ce que le poisson sait, ce que l'oiseau sait et toutes les autres petites bêtes du bon dieu, qui, ma foi, malgré toute leur ignorance des mathématiques supérieures, vivent parfaitement en harmonie avec leur milieu. Ce mystérieux "quelque chose" dans lequel nous baignons, il se révèle peu à peu, pour l'explorateur de la descente dans le corps, comme une espèce de merveille un peu ahurissante où toutes les lois et les codes et les enchaînements s'avèrent être seulement les lois et les codes, et les... etc. »

(Satprem, 1981, 112.)

LE DIALOGUE TISSULAIRE 18

« Une pensée est une flèche tirée sur la vérité :
elle peut frapper en un point mais non couvrir la cible tout entière.
Mais l'archer est trop satisfait de son succès pour en demander davantage. »
Aurobindo, *Pensées et aphorismes*, p. 213.

Le travail sur la perception de l'être m'a conduit au *dialogue tissulaire**. J'appelle ainsi le fait de poser une question à la structure vivante et d'en obtenir une réponse. C'est une biocommunication. Les perceptions inhabituelles décrites dans le précédent chapitre m'amenèrent, en effet, à poser des questions. Au début, c'est à moi que je les posais, presque inconsciemment. Par exemple, lorsque j'obtenais une perception sombre sur la région hépatique, je me posais la question : *« Est-ce le foie ? »* Je me rendis compte que ces questions provoquaient parfois une modification dans la palpation de la structure. Poussant plus loin, me vint alors l'idée de poser la question directement à la structure, ou plus exactement à la zone sombre que je percevais les yeux fermés. Les réponses tissulaires furent encore plus fortes.

La contre-expérience consista à poser une question *à côté*, c'est-à-dire à demander à la structure tissulaire : *« Est-ce l'estomac ? »* lorsque j'avais une perception dans la région hépatique. Dans ces cas, je ne percevais aucun changement dans la palpation. Cela m'apparut tellement magique que je me mis à questionner compulsivement. Mais, le plus souvent, les réponses obtenues ne me permettaient pas de déboucher sur quelque chose de signifiant ou d'efficace dans le traitement, de sorte que je faillis abandonner ce système, le considérant comme non fiable. Pourtant, certaines corrélations, vraiment troublantes, me poussèrent à étudier plus profondément le phénomène. C'est l'étude, la compréhension et l'affinement de ce système qui a donné naissance au modèle que j'appelle *dialogue tissulaire* et que je désire présenter maintenant.

LE MONDE DU DEDANS ET LE MONDE DU DEHORS

Du point de vue de la conscience, existent deux mondes : le monde du dedans et celui du dehors. On pourrait également parler d'espace intérieur et d'espace extérieur, ou d'univers intérieur et d'univers extérieur, *intérieur* et *extérieur* constituant les deux pôles d'un couple gérant l'espace. Pour une conscience, l'espace intérieur est de nature ponctuelle. C'est le centre où se situe *je*. L'espace extérieur est de nature infinie et représente le *non-je*.

Notre modèle a postulé que, pour entretenir la conscience d'exister, *je* doit établir et maintenir un échange entre son intérieur (*Je*) et son extérieur (*non-Je*), sous forme d'influx et d'efflux. Il échange de l'information, que nous avons définie comme *« un concept qui se déplace »* (Brinette, 1992, 23). L'information n'est pas de nature matérielle, elle est *sens**.

Au cours de l'évolution, en amalgamant la matière pour constituer le vivant et en se complexifiant en tant qu'organisme, la conscience, de ponctuelle, est devenue volume. Elle s'est dotée de limites matérielles, une première limite étant la membrane cellulaire. Dans le corps, chaque structure individualisée possède donc un dedans et un dehors séparés par

une membrane. Le corps lui-même possède un dedans et un dehors, séparés par la peau.

L'espace intérieur, un concentré d'informations

Le modèle postule que dans l'espace ou monde intérieur d'un système vivant existent toutes les informations le concernant. Pour aider ce système de consciences, il faut pouvoir accéder à ces informations, puis trouver celles qui sont déterminantes par rapport à sa difficulté d'être et enfin travailler avec elles pour libérer ce qui doit et peut l'être.

Mais avant de développer cette communication avec l'espace intérieur de la conscience, il me semble indispensable d'envisager comment la conscience gère sa relation à l'environnement, c'est-à-dire comment elle gère l'information.

LA RELATION DE LA CONSCIENCE À L'ENVIRONNEMENT

L'univers physique est un système *fermé*. Il n'échange que très peu avec l'extérieur ; les particules se contentent de reproduire leurs cycles de rotation autour du noyau, de manière quasiment identique. Cette caractéristique lui confère une de ses propriétés essentielles : la stabilité. Les particules ne dépendent de rien d'autre que d'elles-mêmes pour continuer d'exister en tant que telles. Cette stabilité a un prix. Elle rend tout changement et toute évolution extrêmement difficiles. Sur le plan énergétique, cela se traduit par les lois physiques de conservation de l'énergie.

Un système vivant, donc conscient, est un système *ouvert*. Sa survie dépend étroitement de la qualité et de la quantité de ses échanges avec l'extérieur. Cette ouverture le rend instable, sujet à de perpétuels changements. Pour survivre, un tel système doit même délibérément aller au-devant du changement en se mettant volontairement en déséquilibre : « *Plus la structure est cohérente, faite d'une plus grande intrication de connexions, plus elle est instable. C'est précisément cette instabilité qui permet la transformation.* » (Prigogine, 1996, 16.)

L'échange, seule garantie de survie du vivant

Dans le chapitre « Être », nous avons vu que pour subsister et se perpétuer, les systèmes vivants dissipent beaucoup d'énergie. Ils tentent d'en réduire la consommation en adoptant des fonctions rythmiques, c'est-à-dire des fluctuations, qui permettent d'inverser les flux et de récupérer une partie de l'énergie dissipée. Nous avons postulé que cet échange est à l'origine des mouvements d'expansion-rétraction perçus dans le ballon. Cette mise en déséquilibre constant permet également au vivant d'atteindre un niveau ou ordre supérieur d'organisation, se manifestant par l'évolution. C'est ce que Prigogine appelle l'ordre par fluctuation : « *L'ordre par fluctuation oppose à l'univers statique un monde ouvert dont l'activité engendre la nouveauté, dont l'évolution est innovation, création, destruction, naissance et mort.* » (Prigogine, Stengers, 1979, 162.)

Univers physique et systèmes vivants nous montrent deux manières possibles d'exister : le non-échange ou l'échange. Pour qu'un système puisse évoluer, il lui faut échanger avec son environnement. Le refus de communiquer, produisant la rétention ne pourrait-il alors être envisagé comme une régression non consciente ? Une tentative de la structure vivante de retourner à un état antérieur, dans lequel la stabilité était garantie ? Mais le retour est impossible. Seule la conscience de ce qui se passe peut permettre de gérer plus intelligemment la survie.

Énergie et information

La relation, les échanges constants qu'entretiennent les organismes vivants avec leur environnement les obligent à dépenser beaucoup d'énergie. Puisque nous avons défini l'énergie comme de l'information en mouvement, un système vivant ne survit que grâce à la qualité de sa gestion de l'information. Si nous savons comment gérer l'information, nous pouvons mieux comprendre les conséquences induites par les perturbations de cette gestion.

LA GESTION DE L'INFORMATION

La gestion de l'information chez le vivant a été particulièrement étudiée par la *cybernétique**, développée par Wiener et Shannon[1], science des systèmes qui met en parallèle le comportement des machines et celui des organismes biologiques. La cybernétique propose d'interpréter tous les phénomènes, naturels ou artificiels, en termes de processus d'échange d'information. Pour la cybernétique, la

gestion de l'information est indépendante de la nature physique des organes constituant les systèmes. Les systèmes complexes étant un agrégat de systèmes plus simples, le comportement du complexe ne fait que refléter celui des plus simples qui le constituent. Les échanges entre les individus, les groupes qui forment les sociétés, les cultures, sont compréhensibles en termes de circularité, d'action-réaction. La cybernétique est une science de la relation. Elle montre comment les choses se déterminent les unes par rapport aux autres.

La cybernétique développe le concept de *boucle informative*, base de l'homéostasie développée par Cannon[2]. L'homéostasie désigne la tendance d'un système vivant à maintenir constant l'état de son milieu intérieur et à corriger les variations accidentelles en modifiant sa relation au milieu extérieur. Pour cela, « *L'être se sert des messages qui lui parviennent du monde extérieur afin d'établir une action de régulation de celui-ci selon une boucle action/réaction qui est une des découvertes essentielles de la cybernétique* » (Moles, Zeltmann, 1971, 273). On peut réduire la logique de fonctionnement de la gestion de l'information à un cycle comportant trois temps : réception, intégration, réponse.

Réception/input : perception/influx

La réception, c'est l'entrée de l'information, que la cybernétique appelle *input* et que nous nommons *influx*. La réception correspond à la perception, considérée dans notre modèle comme l'activité la plus fondamentale d'une conscience. Puisqu'elle représente le temps d'acquisition de l'information, la perception est une activité vitale pour toute structure vivante, donc consciente. Ce qui la sépare de l'extérieur, son interface, joue ici un rôle très important, puisque c'est souvent en modifiant l'interface que la structure s'adapte aux changements intervenant dans l'environnement dans le but de préserver ses constantes internes.

Intégration : traitement de l'information

Une fois qu'il a perçu, c'est-à-dire reçu, une information, le système vivant la compare à l'ensemble des autres informations dont il dispose, informations issues de sa programmation inhérente, de l'environnement présent, du contexte de vie actuel, des données concernant le problème traité, des expériences et conclusions antérieures déjà mémorisées par le système, elles-mêmes résultats du traitement plus ou moins correct de cycles informatifs antérieurs.

La difficulté essentielle de cette phase vient de ce qu'elle compare l'information recueillie à des informations mémorisées antérieurement. Selon la cybernétique, il s'agit d'une phase de calcul en mode binaire, consistant à évaluer les similitudes et les différences.

Réponse/output : décisions d'action/efflux

L'analyse produit une conclusion se manifestant dans une réponse sous forme d'action. Dans ce temps, l'information est exprimée. La cybernétique parle d'*output*, nous parlerons d'*efflux*. Pour la conscience, la conclusion prend le plus souvent la forme d'une décision source d'action immédiate. La décision est la source d'un cycle de manifestation qui commence dans l'instant. Le *faire* et l'*avoir* sont objectifs, manifestation de l'*être*, subjectif. Le refus constitue la décision la plus simple, elle correspond à un *non*, isolant le système de l'environnement, dans le but de le protéger.

Évolution des organismes et des consciences

Plus les consciences sont évoluées, plus les informations qu'elles échangent sont complexes et sophistiquées, ce qui augmente d'autant les possibilités d'erreurs.

La première vient de la mémoire. Une calculatrice peut fonctionner parfaitement mais donner des résultats incorrects, parce qu'elle a conservé en mémoire des données qui ne devraient pas s'y

1. **Norbert Wiener** (1894-1964). Ingénieur américain, fondateur de la *cybernétique, science générale des systèmes*. En contact avec des physiologistes, des physiciens, des psychologues, des spécialistes des systèmes de contrôle et de régulation, il eut l'idée qu'il devait exister des lois communes à des phénomènes disparates et en suggéra quelques-unes. Il mit au point une *science des organismes* dont les deux grands principes étaient la notion de *complexité* ou d'*information* et l'idée de *feed-back* ou de processus de régulation.
Claude Shannon (1917-2001). Ingénieur qui, synthétisant les travaux épars remontant au début de l'ère des télécommunications, jeta les bases de la théorie mathématique des communications, fondement de ce qu'on appelle aujourd'hui la *science des communications*, ou théorie de l'information.
2. **Walter Bradford Cannon** (1871-1945) Neuro-physiologiste américain à qui l'on doit la notion d'homéostasie, déjà entrevue par Claude Bernard. Il a par ailleurs étudié le rôle du système nerveux central, particulièrement en relation avec l'émotion. L'homéostasie désigne la tendance inhérente à tout organisme vivant à maintenir ou rétablir des équilibres de fonctionnement essentiels.

trouver et qui interférent dans le calcul, faussant le résultat. Lorsque le système devient complexe, ce type d'information erronée constitue ce que, dans le chapitre « *Être*, le praticien », nous avons qualifié de *cas*, qui s'interpose entre l'être et ce qu'il perçoit.
Par ailleurs, la sophistication de l'information circulante impose un codage (le langage parlé ou l'écriture sont des codages). Pour être transmise, l'information doit la plupart du temps être codée à l'émission, puis décodée et dupliquée à la réception. Chacune de ces étapes constitue une source potentielle d'altérations. Ainsi, moins il y a d'intermédiaires dans la transmission de l'information, moins il y a de risque d'altérations.

Pour résumer

Il me semble important de conserver à l'esprit que les structures corporelles sont des consciences simples, fonctionnant essentiellement sur le mode binaire. Pour communiquer avec elles, il importe d'adopter un mode de communication qui leur convienne. Le mode binaire semble le plus indiqué. Pour simples que soient ces structures, elles n'en sont pas moins rassemblées au sein de systèmes complexes, ce qui augmente d'autant le risque de parasitage de l'information. Il convient de trouver un moyen permettant de gérer la communication et l'échange d'informations, évitant autant que faire se peut le parasitage par des réponses non signifiantes.

UN MODÈLE POUR LA BIOCOMMUNICATION

Avant de parler de *biocommunication*, nous devrions parler de *biorelation*. Dans le chapitre précédent, j'ai déjà évoqué le modèle envisagé pour la perception de l'être-praticien en disant que lorsqu'il se projette pour créer un espace de perception, ce qui le freine dans sa progression provoque sur lui une impression. Cette impression n'utilise pas les canaux sensoriels du corps physique, mais peut créer des perceptions, variables selon les êtres. Ont été évoquées les perceptions de clair/sombre, de couleurs, de formes géométriques, de volumes, colorés ou non, etc. Ce versant de la relation s'appelle l'*action*. C'est l'être-praticien qui agit.
Mais en se projetant, l'être-praticien rencontre d'autres consciences (ici les consciences corporelles) qui réagissent à son contact. La vie est sensible à la vie. Ce versant de la relation s'appelle *réaction*. La structure vivante convertissant la communication en mouvement, la réaction la plus basique manifestant un changement dans la communication d'une structure vivante est le changement dans sa mobilité inhérente, qui peut être perçu par une palpation entraînée.

De la biorelation à la biocommunication

Le *dialogue tissulaire* repose sur l'analyse de la manière dont la structure vivante du patient réagit à la projection en elle de l'être-praticien. Cette analyse utilise la capacité de l'être-praticien à modifier la manière dont il se projette par l'attention et l'intention. Son but est d'envoyer une information à la structure corporelle du patient afin d'obtenir une réaction de la structure vivante, et de l'analyser.
Dans les chapitres sur la palpation et la communication tissulaire, l'attention a été modélisée comme la projection de l'être et l'intention comme une modulation de l'attention. Lorsqu'une intention est envoyée, ce n'est plus seulement le Souffle de Vie qui se projette avec l'être, c'est également une information véhiculée consciemment.
Rapprochons cela des phénomènes vibratoires. Lorsqu'une information rencontre quelque chose qui lui ressemble (principe de similitude), elle le met en vibration par résonance, ce qui provoque une réaction. Si l'être-praticien projette avec lui une information, la ou les structures vivantes qu'il rencontre dans sa projection et qui sont porteuses d'une information (une forme énergétique) similaire réagissent. Un changement tissulaire perceptible dans la palpation en résulte. Le changement peut être perçu n'importe où sur le corps du patient, pourvu que le praticien soit accordé aux paramètres tissulaires de son patient.
Pour l'instant, nous ne nous intéresserons pas à la qualité du changement, mais au changement en tant que tel. Ce changement est essentiellement lié au mouvement. Si la structure est immobile, densité ou tension peuvent varier, ou/et elle peut se mettre en mouvement. Si elle est en mouvement, densité et tension peuvent varier, mais elle peut également modifier son mouvement, aussi bien vers l'accélération et l'augmentation d'amplitude que vers l'arrêt. Comme il peut être difficile d'interpréter la modification de mouvement d'une structure déjà en mou-

vement, la règle d'interrogation tissulaire que nous avons posée est de n'interroger une structure que lorsqu'elle est immobile. Tout changement devient alors facilement interprétable.

MODUS OPERANDI

Le passage d'une conception du *corps objet* à celle du *corps conscience* ne m'a pas conduit à modifier la manière de procéder exposée dans le chapitre « Modus operandi ». En revanche, la manière dont je le vis et le modélise aujourd'hui a changé. Je me propose d'en reprendre les différentes étapes, mais de les exprimer avec le point de vue de l'être-praticien, ou *praticien-conscience*. J'invite le lecteur qui serait incertain quant aux données développées dans ce chapitre à le relire.

Les étapes logiques essentielles sont les mêmes :

- S'assurer que le système est globalement communicant et, si ce n'est pas le cas, développer un processus destiné à le mettre en communication.
- Chercher, trouver et libérer les principales zones de non-communication perturbant le système.
- Rétablir une harmonie minimale au sein du système pour lui permettre de procéder seul et le plus facilement possible à ses ajustements subtils.

Phase 1 : vérifier que le système communique

Lorsqu'il s'adresse au système corporel de son patient, l'être-praticien s'adresse non pas à une conscience, mais à un ensemble de consciences. Si les lois de base de la communication sont les mêmes pour toutes les consciences, on ne s'adresse pas à un groupe de la même manière qu'à un individu isolé. Dans le chapitre « Modus operandi », ce problème a été évoqué en recourant à l'analogie du conférencier et de son auditoire. L'objectif est d'amener le système corporel à un état de communication suffisant pour pouvoir travailler avec lui de manière interactive et fiable. La compréhension et la gestion de la communication de groupe deviennent encore plus primordiales.

Rappelons que le système corporel a été modélisé comme une organisation de consciences, se manifestant dans des structures, les cellules, organisées en tissus et organes et constituant un ensemble liquidien pulsatile rythmique (expansion/rétraction), organisé par un système de cloisonnement fibreux (membranes, fascias), centré mécaniquement sur le fulcrum de Sutherland. Ce système possède une pulsation rythmique résultante. La densité et la tension de la boule crânienne, ainsi que l'amplitude et la vitesse du mouvement d'expansion/rétraction fournissent une information immédiate sur la qualité de communication au sein de l'ensemble du système corporel.

La communication avec les consciences corporelles en tant que groupe

Pour mettre le système en communication, j'utilise toujours la compression occipitale, envisagée comme une technique globale. J'invite le lecteur à se reporter au chapitre 11 pour revoir sa mise en place.

La technique a été décrite avec le praticien englobant dans son champ d'attention l'ensemble du système corporel du patient. Utilisant ce qui a été développé dans le chapitre précédent et au début de celui-ci, je vais la verbaliser de manière un peu différente. Je me propose, en effet, de l'observer et de la décrire à partir d'un autre point de vue : celui de l'être-praticien qui s'adresse à un système de consciences avec lequel il établit progressivement la communication.

La présence et les paramètres subjectifs. Parce que nous passons résolument à une relation d'êtres, l'enracinement, le lâcher prise et la présence sont encore plus essentiels : ils se relient à l'état d'être du praticien. Il ne faut donc pas hésiter à prendre le temps nécessaire pour assurer la présence. C'est du temps bien employé. Le plus difficile au début, pour le praticien, est de maintenir la claire conscience qu'il travaille avec la conscience des structures corporelles, et non pas seulement au niveau de leur matérialité.

Les paramètres objectifs. L'être-praticien met en place les paramètres objectifs de palpation. Lorsqu'ils sont justes, apparaît la perception de plasticité, lui indiquant qu'il est correctement syntonisé avec la matérialité des structures du patient. Cette adéquation ouvre la porte du monde intérieur du patient et crée les conditions pour qu'il accepte la présence de l'être-praticien. Celui-ci peut alors s'y projeter (attention).

À ce moment, il n'y a aucune autre action que la projection de l'être-praticien dans l'univers corporel du patient. Pas d'intention particulière, si ce n'est de communiquer avec le système, pas d'ego, encore moins de prise de pouvoir. Si le lâcher prise et la présence sont de qualité, c'est le Souffle de Vie qui, avec

l'être-praticien rejoint l'univers du patient, pas l'ego du praticien.

L'intention de séance peut être formulée clairement en début de séance. Le praticien indique aux consciences présentes sur quoi va porter le travail et centre les attentions dessus. Cela est également utile au praticien qui a trop souvent tendance à oublier pourquoi il est en train de travailler. L'intention de séance porte en général sur le problème majeur évoqué par le patient. Souvent, je verbalise cette intention oralement avec une *injonction* du genre : *« Alors, voyons, pour ce problème de... que se passe-t-il ? »*

Notons que lorsque le système corporel du patient est très *verrouillé*, un long temps peut être nécessaire avant qu'il accepte la présence du praticien. Celui-ci doit donc attendre, paramètres objectifs en place, centré et présent, que *la porte s'ouvre*.

La conscience du praticien et le Souffle de Vie rejoignent doucement le monde intérieur du patient. Au début, la résistance est forte. L'être-praticien perçoit beaucoup de sombre (ou toute autre perception associée à la non-communication). Cela ne signifie pas forcément que les consciences corporelles refusent de communiquer, mais que, *tout occupées à leurs affaires*, elles ne sont pas en communication avec lui. Leur mise en communication progressive se manifeste par des cycles de mouvement que le praticien perçoit dans les mains, s'accompagnant de changements dans ses perceptions non sensorielles. Ainsi, par la simple présence de l'être-praticien, les consciences corporelles du patient se remettent peu à peu en communication et le système devient plus vivant. Cela explique, à mes yeux, les effets de la compression occipitale, parfois si intenses et surprenants, si on les compare à l'action mise en œuvre. Elle confère aux propos de Sutherland une tout autre résonance : *« Si vous ne savez pas quoi faire, comprimez le quatrième ventricule. Cela a des effets physiologiques particulièrement étendus. »* (Strand Sutherland, Wales ed., 1998, 218.)

Chaque fois que l'être-praticien rencontre une zone moins communicante, il est freiné dans sa progression, ce qui crée en lui impression et perception (en fonction de son système propre de perception). Il focalise alors son attention sur cette zone. Elle réagit au flux d'attention et se remet progressivement en communication comme en atteste le mouvement tissulaire perçu dans les mains du praticien.

Certaines zones plus réticentes, gênant le mouvement tissulaire, donnent des perceptions plus fortes à l'être-praticien. La focalisation de son attention les remet en communication. Un nouveau cycle de mouvement tissulaire est alors perçu dans les mains ainsi qu'une modification des perceptions non sensorielles. Puis, il passe à une autre. La vie dans le système augmente. Arrive un moment où tout ce qui pouvait se remettre en communication l'est. La projection de l'être-praticien dans le système corporel du patient ne provoque plus de changement. C'est la fin de la technique.

Le phénomène final s'exprime par des changements importants au niveau des perceptions de l'être-praticien et au niveau de la palpation elle-même.

Le système corporel du patient étant en meilleure communication, l'être-praticien est moins freiné lorsqu'il s'y projette. De ce fait, les perceptions sont moins nombreuses et une sensation globale de meilleure qualité de vie se fait jour. En revanche, les zones qui refusent vraiment de communiquer deviennent plus nettes et sa perception d'être lui permet de les localiser plus facilement.

Au niveau de la palpation, le praticien ressent un changement important dans la densité et la tension de la structure occipitale, qui semble soudain se ramollir. Une sensation de grande chaleur locale au niveau du contact est souvent ressentie et le patient (et parfois le praticien...) inspire profondément. Toute tentative ultérieure pour reprendre un cycle de libération ne donne rien. La structure, ressentie comme molle et chaude, ne se remet pas en mouvement. S'il attend, le praticien finit par percevoir l'expansion/rétraction physiologique du système.

J'aimerais présenter à nouveau le tableau déjà proposé avec la compression occipitale, qui donne la succession des actions de l'être dans le modèle logique cause/effet. Il me semble encore plus signifiant envisagé avec le changement de conscience ici exprimé.

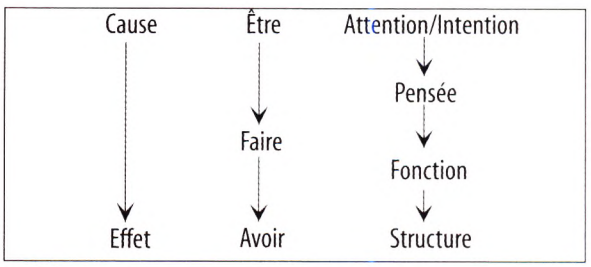


Figure 24. Schéma du modèle Cause/Effet.

Phase 2 : chercher, trouver, libérer

Le système de recherche des zones de rétention évoqué dans le chapitre « Modus operandi » demeure valide. Je l'utilise toujours aujourd'hui et le considère comme utile et fiable. La perception consécutive à la projection de l'être-praticien le renforce et le rend encore plus facile à utiliser. En effet, maintenant que toutes les consciences corporelles qui pouvaient se mettre en communication avec le praticien le sont, celles qui ne peuvent ou ne veulent pas le faire deviennent encore plus perceptibles, notamment parce que le frein qu'elles opposent à la projection de l'être-praticien par l'attention est plus net. Les perceptions du praticien devenant plus nettes lui permettent de les localiser plus facilement dans l'espace corporel, et de s'adresser directement à elles, pour tenter de les remettre en communication par une technique globale ou locale.

Les aides déjà évoquées peuvent être utilisées, notamment l'apnée expiratoire. La verbalisation de l'intention et l'incitation au refus seront développées plus en détail dans la suite de ce chapitre.

Phase 3

Cette phase est sans doute la partie du *modus operandi* qui a le moins changé. Aujourd'hui, la perception tissulaire est couplée à la perception de l'être et les changements dans les structures corporelles sont perçus à ces deux niveaux. Cependant, cette phase demeure pour moi indispensable pour réharmoniser le système, le recentrer sur son axe mécanique et éviter les réactions intempestives après la séance.

RECEVOIR L'INFORMATION

À force d'individuation et d'identification à ce qu'ils ne sont pas, les êtres sont devenus des handicapés de la perception. Les limites qu'ils ont établies pour se protéger sont devenues des barrières, parfois presque infranchissables. De l'univers extérieur, des autres êtres, *Je* reçoit continuellement une quantité phénoménale d'informations dont il n'est habituellement pas conscient. L'univers et les autres nous semblent mystérieux uniquement parce que, la plupart du temps, nous ne sommes pas en état de réceptivité par rapport aux informations circulantes les concernant. Accaparés que nous sommes dans le *faire*, l'*avoir*, et la préservation de notre *moi*, notre attention est constamment orientée vers le dehors, occupée aux multiples jeux si prenants de la vie. Nous sommes presque toujours en situation d'efflux, d'émission, au lieu de nous placer en condition de réception.

La phase 1 du *modus operandi* place le praticien dans une condition de communication privilégiée avec l'univers de son patient. Elle lui permet d'en recevoir l'information dont il a besoin pour l'aider. Ce sont enracinement et lâcher prise, c'est-à-dire, la présence et l'état d'être du praticien, qui créent les conditions de réception de l'information émanant de son patient. Sutherland l'exprimait avec ces quelques mots tirés de la bible : « *Be still and know* », que l'on pourrait traduire par « *Apaise-toi et sache* » ou par « *Immobilise-toi et sache* » (Brooks ed., 1997, 24-38).

L'intuition

Ne vous est-il jamais arrivé, au cours d'un traitement ostéopathique de penser tout à coup à une partie du corps ou à un organe à traiter, sans rapport avec les propos du patient ou votre palpation ? Une information est perçue sans savoir exactement d'où elle vient ni comment elle nous est parvenue. Il s'agit d'une *intuition*.

Le dictionnaire définit l'intuition comme une forme de connaissance immédiate ne recourant pas au raisonnement. Nous pouvons dire que c'est la perception d'une information dont on ne connaît pas la provenance et dont on ignore comment on la capte. Il est intéressant de regarder l'étymologie du mot, dérivé du latin *intueri*, « regarder attentivement ». Une partie du phénomène peut sans doute s'expliquer par le fait que la communication entre deux consciences met en relation leurs deux espaces intérieurs, rendant du même coup potentiellement accessible les informations qui s'y trouvent.

Intuition et savoir

À lui seul, le savoir ne permet pas de résoudre les problèmes complexes. Nous avons vu pourquoi en étudiant le cône de la connaissance, dans lequel la démarche déductive coupe l'observateur de la compréhension globale du corpus, ne lui permettant plus d'en saisir la cohérence.

Malgré cela, savoir et expérience sont des éléments indispensables à l'intuition. Pour provoquer une

réaction et une perception, l'information entrante doit en effet provoquer une résonance chez l'être-praticien. Ce phénomène ne peut se produire que si, dans son monde intérieur, se trouvent au moins quelques éléments pouvant réagir à l'information entrante. Ces éléments appartiennent au domaine du savoir et de l'expérience. Comme nous ne pouvons pas demander au crâne d'aller en torsion si nous ne savons pas ce qu'est une torsion crânienne, nous ne pouvons interpréter une information venant du patient si elle ne vient frapper quelque chose de préexistant en nous. Mais ce savoir-là doit demeurer à sa place, comme la partie cachée et la plus volumineuse de l'iceberg, invisible, mais indispensable à sa stabilité.

« *Notre culture se flatte d'être scientifique; notre époque est d'ailleurs qualifiée d'Ère scientifique. Elle est dominée par la pensée rationnelle et la connaissance scientifique est souvent considérée comme le seul mode de connaissance acceptable. On ne reconnaît généralement pas qu'il puisse exister une connaissance et conscience intuitives qui soient tout aussi valables et sûres. Cette attitude, connue sous le nom de scientisme, est largement répandue, elle envahit notre système d'éducation et toutes les institutions sociales et politiques.* » (Capra, 1990, 34.)

L'anamnèse dynamique

L'anamnèse cherche à recueillir l'information sur la constitution du *cas* du patient et ses difficultés présentes. J'ai évoqué ses limites, tenant particulièrement au fait que les événements qui ont généré les principales rétentions sont accompagnés d'inconscience. À elle seule, l'anamnèse classique ne permet donc pas d'obtenir tous les renseignements essentiels concernant le *cas* du patient. J'utilise aujourd'hui ce que j'appelle l'*anamnèse dynamique*. Alors que je suis en communication tissulaire avec le patient, je lui pose des questions sur les points déjà soulevés par l'anamnèse verbale, ou en fonction d'intuitions reçues au cours du travail de mise en communication tissulaire. J'analyse les réponses ou verbalisations du patient, non pas au niveau de leur signification, mais *au niveau des réactions tissulaires* qu'elles provoquent. Lorsque ce qui est évoqué ne provoque aucune réaction dans les tissus, cela signifie que la chose évoquée est sans importance dans le présent, pour le problème du patient. Lorsque, en revanche, ce qui est évoqué provoque des réactions dans les tissus, je sais que le patient évoque quelque chose de sensible.

Note : Cela ne peut fonctionner de manière fiable que si le système corporel est en réelle communication avec le praticien, c'est-à-dire lorsque la phase 1 a été correctement menée à son terme, comme expliqué plus haut, et qu'une intention de séance précise a été posée. L'anamnèse dynamique débouche parfois directement sur un travail somato-émotionnel.

Difficultés de la vie présente

Les difficultés de la vie présente peuvent avoir sur une personne suffisamment d'impact pour rendre son système corporel réfractaire à la communication et provoquer une décompensation, source de symptômes parfois aigus. Prenons l'exemple d'une patiente d'une cinquantaine d'années, présentant une sciatalgie suffisamment invalidante pour l'empêcher de travailler. L'anamnèse verbale fait apparaître sur le plan traumatique une chute sur les fesses lorsqu'elle avait 20 ans, un accident de voiture violent mais sans blessure à l'âge de 32 ans. Sur le plan médical et chirurgical, une appendicectomie à l'âge de 12 ans, une hystérectomie totale à l'âge de 48 ans à cause d'un fibrome et quelques épisodes grippaux banaux. Sur le plan toxémique, rien de notable n'est trouvé, si ce n'est un traitement hormonal substitutif qu'elle ne tolère pas toujours très bien. À ma demande concernant le stress, elle répond qu'elle travaille dans une ambiance harmonieuse et qu'elle aime ce qu'elle fait. Elle estime par ailleurs sa vie personnelle sans histoire.

Au commencement de la séance, la fermeture du système corporel indique la compression occipitale, qui se déroule assez facilement, avec la perception de bons relâchements, jusqu'à un certain seuil à partir duquel, il n'y a plus de changement. Tout en suivant les réactions tissulaires, je lui fais évoquer les différents points révélés par l'anamnèse verbale, sans qu'aucun ne provoque de réaction tissulaire. Je lui reparle du stress et elle me répond négativement. Percevant un semblant de frémissement dans la structure, je lui pose la question en d'autres termes : « *Y a-t-il quelque chose qui vous tracasse en ce moment ?* » Il y a une forte réaction tissulaire et elle me dit avoir des difficultés relationnelles avec un de ses enfants, adolescent difficile : « *Mais vous savez,*

rien de grave, l'adolescence, quoi » ajoute-t-elle. À cette évocation, la structure se densifie vraiment fortement, ce qui m'indique que nous sommes au cœur de la difficulté *présente*. Je la pousse plus loin dans la difficulté : « *Hum, votre structure réagit très fortement lorsque vous parlez de votre fils. Que se passe-t-il donc avec lui ?* » Ce qu'elle raconte est trop banal pour provoquer une telle réaction. Je le lui dis et lui explique que la perturbation présente repose sans doute sur quelque chose de ressemblant, vécu par elle dans le passé. Elle éclate alors en sanglots et me raconte ses difficultés d'adolescente, face à des parents qui, à ses yeux, ne la comprenaient pas. La suite de la séance est du type somato-émotionnel. Une fois le travail terminé, je me contente d'ajuster le système corporel par un crâne/bassin/crâne. Il y a alors un très beau mouvement tissulaire, ample et calme, la douleur sciatique a considérablement diminué et disparaîtra dans les jours suivants.

Cette histoire appelle plusieurs remarques et réflexions à mes yeux importantes.

- Tout d'abord, un problème présent peut provoquer une décompensation d'anomalies plus importantes et plus anciennes qui ne lui sont pas reliées, ici des traumatismes et interventions chirurgicales, que le système corporel parvient habituellement à gérer et qui ne donnent donc pas ou peu de symptômes.
- Une difficulté de vie présente peut faire résonner chez le patient une ou des situations similaires mal vécues dans le passé. Ainsi, une situation présente apparemment anodine peut provoquer des réactions particulièrement fortes dans le système corporel. Elle prend sa force dans le passé du patient, non résolu.
- La libération du problème présent/passé provoquant la décompensation et les symptômes présents peut conduire à leur complète disparition et faire croire à la guérison, alors même que la source vraie du problème n'a pas changé. Ce qui a changé, c'est la capacité du système à compenser.
- Un problème de vie présente réveillant une difficulté du passé rend inaccessible d'autres difficultés pourtant réelles au sein du système corporel. Pour cette patiente, il se peut que les différents traumatismes et interventions chirurgicales aient laissé des traces importantes dans le corps, mais il est impossible de les atteindre par l'approche tissulaire, le corps en refusant l'accès. Le problème de vie présente et la difficulté du passé sur laquelle il repose doivent d'abord être améliorés.
- L'intervention arbitraire avec des techniques invasives sur des zones corporelles en rétention sans tenir compte de ce qui vient d'être dit peut provoquer de très fortes réactions indésirables au sein du système corporel du patient. Elles bouleversent son organisation alors qu'il est déjà en état de décompensation pour d'autres raisons dont le praticien ne tient pas compte. Le système corporel n'est pas capable de gérer ce bouleversement et le patient est souvent plus mal après qu'avant.
- La réelle communication avec la structure vivante et le respect de ses indications permettent d'éviter ce genre d'écueil.

Estimant avoir recouvré la santé, la personne que j'ai évoquée n'a pas désiré poursuivre son traitement. Je l'ai bien entendu laissée libre de son choix, tout en lui donnant l'information concernant les rétentions profondes existant encore dans son système corporel. Son schéma lésionnel de base n'a pas été changé. Il se peut qu'au cours d'une autre période difficile de sa vie, les symptômes reviennent, la décompensation suivant probablement les mêmes schémas.

DEMANDER L'INFORMATION

Tout ce qui vient d'être décrit, allié aux perceptions de la conscience et à celles de la palpation, place le praticien dans la condition de recevoir l'information dont il a besoin pour aider son patient : « *L'habileté d'interprétation du praticien est un mélange subtil de nombreuses années d'entraînement, d'une connaissance des outils scientifiques, d'expérience et d'un esprit ouvert à toutes les approches permettant d'améliorer ses aptitudes. Le praticien développe également ses propres outils subjectifs et personnels : le regard pour une inspection précise, les oreilles, pour une auscultation et une percussion précises, l'odorat et le goût lorsqu'ils sont nécessaires, et le toucher pensant, perceptif et connaissant.* » (Brooks ed., 1999, 154.)

Demander la voie à suivre

Une fois l'anamnèse du patient réalisée, et recueillies les informations objectives et subjectives concernant son problème actuel, nous pouvons *inciter* la réception de l'information nécessaire pour l'aider.

Dans les notes que j'ai prises lors d'un séminaire déjà évoqué avec Viola Frymann, j'ai retrouvé cette phrase : *« Pour bien faire, il faudrait que chaque jour, pour le traitement d'un patient, vous preniez le temps de demander en silence : "Montre-moi quel est ton besoin". C'est une chose qui peut vous paraître assez étonnante, mais si vous prenez la peine de faire cela tous les jours, vous en prendrez vite l'habitude et vous obtiendrez des résultats intéressants. »*

Lorsque la phase 1 a été correctement réalisée, que l'être-praticien se trouve en état de présence et de communication intense avec le patient et son système corporel, il pose mentalement la question : *« Quel est ton besoin ici et maintenant ? »* ou *« Quel est ton problème ? »* Il arrive souvent qu'une information soit transmise, non verbalement, sous forme de certitude – nous savons –, ou sous forme de perception – une perception se constitue qui permet d'accéder à une difficulté –, ou par une verbalisation spontanée du patient qui livre directement l'information nécessaire à l'orientation du traitement ou de l'interrogation. Parfois, il s'agit de l'idée d'une question à lui poser verbalement et qui lui permet de livrer la clé de sa difficulté.

DIALOGUER AVEC LES TISSUS

Il est possible d'aller plus loin et d'*agir* dans le but d'obtenir de l'information en envoyant un flux qui pourra, par résonance, provoquer des réactions dans les tissus du patient. Il suffit pour cela de formuler une question. À l'attention, s'ajoute donc une intention, c'est-à-dire que le praticien envoie une information qui, si elle rencontre une information similaire dans la structure corporelle du patient provoque une réaction tissulaire, perçue comme une modification dans le mouvement vital de la structure.

Note : Lorsqu'une question est posée aux consciences corporelles, elle doit être formulée de manière que la réponse ne puisse être que *oui* ou *non*.

Le dialogue avec les tissus peut se vivre de différentes façons. Je me propose d'en décrire quelques-unes.

Vérifier les informations objectives

La perception tissulaire permet parfois de remarquer que l'un des paramètres de palpation est dominant : la densité, la tension ou l'inertie. Cette dominante peut servir de point de départ pour interroger la structure tissulaire comme cela sera développé plus loin.

- Lorsque la *densité* semble l'élément dominant, le praticien peut orienter son interrogation tissulaire vers les facteurs traumatiques. Il peut même, si la réponse au traumatisme est positive, utiliser son intention pour demander aux tissus d'aller dans leur refus traumatique.
- Lorsque la *tension* est l'élément dominant, il s'agit probablement d'un problème de stress. Obtenir la confirmation par l'interrogation tissulaire. Demander verbalement s'il existe une situation d'*oppression** et noter, outre les réponses verbales du patient, les réponses tissulaires.
- Lorsque l'*inertie* (la difficulté à se mettre en mouvement) est l'élément dominant dans la communication tissulaire, il faut s'orienter vers un problème d'intoxication tissulaire. Là également, il est possible de demander la confirmation par l'interrogation de la structure tissulaire, ce qui permettra de s'orienter vers l'aspect intoxication, carence ou excès. Cette interrogation peut déboucher sur des tests de substances tels qu'ils sont exposés plus loin.

Relation entre paramètre objectif et source de rétention

Qualité tissulaire	Problème source	Structures
densité	traumatisme	dures
tension	stress	membraneuses
inertie	intoxication	liquidiennes viscérales

Vérifier une perception ou une intuition

Une fois mises en place les conditions permettant de recevoir l'information, le problème essentiel consiste à différencier la simple pensée, émanant de nos automatismes mentaux, de l'intuition, qui peut nous guider pour aider le patient. Formuler consciemment une intention de séance semble un moyen privilégié de créer les conditions optima pour percevoir une intuition adaptée à la difficulté actuelle du patient, objet du traitement. Mais, à cause de la complexité des systèmes de consciences mis en jeu (celui du patient et celui du praticien) ce type de fonctionnement s'accompagne de beaucoup d'incertitudes et de possibilités d'erreurs.

Sans invalider pour autant une information perçue, il me paraît indispensable de la vérifier. Je le fais en

questionnant la structure vivante du patient. Si par exemple, j'ai l'intuition qu'il s'agit d'un problème concernant la région hépatique, à un moment de calme tissulaire, je pose la question : « *Est-ce le foie ?* » Si un changement tissulaire se produit, je tiens cette réponse pour positive, notamment si elle s'accompagne d'une perception (clair/sombre ou autre) dans la région hépatique. Cela me conduit à mettre en œuvre une technique hépatique, tout en m'assurant par les paramètres objectifs qu'il y a bien de la densité dans la région.

Verbalisation de l'intention : je m'adresse à...

La verbalisation de l'intention a déjà été mentionnée dans le chapitre « Modus operandi ». Il s'agit de verbaliser mentalement à quelle structure ou partie du corps je m'adresse. Si je désire travailler sur la région hépatique, ma formulation sera : « *Je m'adresse à la région hépatique.* » Il est particulièrement important de dépasser la considération de la région hépatique en tant que *chose*, pour l'atteindre en tant que *conscience*. En tant que *chose*, elle ne peut communiquer. C'est seulement en tant que *conscience* qu'elle peut le faire. Il est donc essentiel que le praticien ait bien présent à l'esprit qu'il s'adresse à des consciences. Il s'agit par ailleurs d'une *injonction*, c'est-à-dire de la communication d'une intention ferme, précise et claire.

Travailler avec le refus

L'encouragement au refus a déjà également été évoqué dans le chapitre « Modus operandi ». Il consiste à travailler avec la propriété de base d'une conscience tissulaire en difficulté : son refus de communiquer. Lorsqu'une rétention rechigne à se libérer, le praticien demande verbalement à la structure qu'il perçoit objectivement et subjectivement en refus : « *Y a-t-il du refus ?* » ou plus simplement : « *Refus ?* » S'il y a changement, même à distance, dans la palpation de la structure, il sait qu'il peut l'atteindre en l'accompagnant dans son refus et en l'encourageant mentalement à refuser davantage.

Puisque le praticien encourage la conscience à aller dans son refus, il s'agit bel et bien d'une *aggravation de lésion*. De plus, en faisant cela, il valide la conscience tissulaire dans son refus. Il reconnaît qu'au moment où cela s'est produit, refuser a été une attitude juste, au regard de sa survie individuelle, ce qui valide la conscience tissulaire. De plus, comme le praticien va avec elle dans son refus, elle ne s'oppose pas à communiquer. C'est la magie de la vie à l'œuvre.

Note : l'incitation au refus fonctionne en cycles successifs. Lorsque le praticien incite la structure au refus, celle-ci s'enfonce dans sa rétention et libère de l'énergie, jusqu'à son retour au neutre, still-point et légère expansion. Si la libération n'est pas franche, le praticien réitère sa demande sur le refus et si la structure réagit encore, entame un nouveau cycle de libération en l'incitant à nouveau à refuser. Plusieurs cycles peuvent être nécessaires pour atteindre la franche libération attendue.

Dans « Modus operandi », j'indiquais également l'importance de l'attitude du praticien par rapport aux zones de rétention. Puisque la rétention est évoquée comme le *fauteur de trouble*, le praticien peut en venir à la considérer avec agressivité. Il faut alors *exterminer*, *éradiquer* les rétentions. Puisque l'attention est la projection de la conscience, l'être-praticien projette avec lui son état d'esprit. Les consciences tissulaires sont sensibles à une telle attitude, qui provoque immanquablement leur retrait, leur fermeture. Seule la bienveillance neutre et sans jugement du praticien peut ici convenir.

Rechercher la source de la rétention

Lorsque le travail avec le refus est insuffisant pour atteindre la libération, il est possible d'utiliser le dialogue tissulaire pour aller plus loin. La recherche de la source est une procédure performante, à condition d'être utilisée à bon escient. Elle ne doit pas être utilisée à tort et à travers, seulement lorsque la phase 1 est bien en place et lorsque la structure est arrêtée, *collée* dans une rétention et que les autres procédures plus simples n'ont pas été suffisantes. Alors seulement je l'utilise, et elle permet la plupart du temps de débloquer le système.

Dans le chapitre « Survivre », nous avons retenu trois sources de rétention que la structure vivante peut considérer comme agressive : le traumatisme, la situation de stress ou de contrainte émotionnelle et le domaine métabolique. Je propose de reprendre chacune de ces sources potentielles pour rechercher auprès de la structure qui ne se libère pas le type de situation à l'origine de sa rétention.

Note : Rappelons que pour donner des réponses interprétables, l'interrogation doit se faire sur une

structure immobile, soit *collée* dans une rétention, soit en fin de libération, lorsqu'il n'y a plus de mouvement, après le still-point et l'expansion. Lorsque la structure est en mouvement, ou au cours d'un still-point, elle n'est pas facilement accessible à la communication et un changement découlant de l'interrogation ne sera pas signifiant.

Prenons un exemple. Je traite la région hépatique du patient par la technique déjà décrite. Mon attention est sur la région hépatique, l'intention est d'entrer en communication avec les structures et les consciences de la région pour libérer de l'énergie et remettre les tissus en communication. Les paramètres de densité et de tension sont mis en place et je sens que la structure bouge, m'indiquant qu'elle libère de l'énergie. Puis, se produit un arrêt en contrainte, c'est-à-dire que la structure semble se *coller* dans sa densité et ne bouge plus. J'essaie de la rejoindre au cœur de sa densité en augmentant le paramètre densité, sans succès. Elle reste figée et inerte. Après avoir demandé une apnée expiratoire, la structure bouge un peu puis se *colle* à nouveau. J'envoie alors mentalement vers la zone dense la question : « *Y a-t-il du refus ?* » La structure se densifie franchement, ce que j'interprète comme une réponse positive. Je l'incite alors mentalement à aller dans son refus. Elle entre encore plus dans sa densité et je l'y accompagne avec la palpation, mais après quelques mouvements, s'arrête à nouveau, sans se libérer.

Je vais donc plus loin dans mon questionnement et demande : « *Quelle est la source de la rétention ?* », « *Est-ce d'origine traumatique ?* » ou plus simplement : « *Traumatisme ?* » Pas de changement. La réponse est donc négative. Je poursuis : « *Émotionnel ?* » Là, changement franc. La structure se densifie encore. Je l'encourage donc physiquement (paramètres de palpation) et mentalement (« *Va dans l'émotion* »), etc. Si « *Émotionnel ?* » n'avait pas donné de réponse, j'aurais continué avec « *Métabolique ?* ». Selon le domaine qui répond, les suites peuvent être différentes.

Lorsque le domaine traumatique répond, j'encourage mentalement la structure à aller dans son traumatisme, ce qui produit souvent beaucoup de mouvements tissulaires et conduit généralement à la libération. Comme pour le travail avec le refus, plusieurs cycles successifs d'incitation peuvent être nécessaires. Si ce n'est pas suffisant, je recours à l'anamnèse dynamique en demandant au patient s'il se rappelle un traumatisme. J'analyse ses réponses au regard des changements tissulaires. S'il ne se souvient de rien et que la structure ne donne pas de changement, ou bien si le patient ne peut verbaliser, comme par exemple le jeune enfant, j'utilise la datation, évoquée plus loin. À un moment où un autre, la structure se remettra en mouvement, libérant ce qui est possible pour cette séance. Souvent, c'est après la séance que le souvenir traumatique revient consciemment au patient. Si cela est encore nécessaire, il devient alors possible de travailler davantage sur l'événement, dans une démarche plus orientée vers le revécu somato-émotionnel.

Lorsque le domaine émotionnel répond et que la libération ne survient pas, il est possible d'aller plus loin dans le questionnement en demandant de quelle émotion il s'agit. Souvent, le praticien ressent l'intuition de l'émotion. Il doit vérifier que c'est la bonne information. S'il ressent de la colère, il demande, attention centrée sur la structure à laquelle il s'adresse : « *Colère ?* », Si l'information est correcte, la structure réagit et repart dans sa libération. Si ce n'est pas le cas, ou s'il n'a pas perçu de quelle émotion il s'agit, il peut lister verbalement les principales émotions pouvant imprégner les tissus : colère, rancœur, peur, chagrin et travailler avec la structure vivante en l'encourageant à s'intérioriser dans l'émotion trouvée. Si cette procédure n'est pas suffisante pour obtenir la libération, il peut remonter sur la *lignée ancestrale*. Cette procédure est évoquée plus loin.

Lorsque le domaine métabolique répond, le praticien peut chercher quel élément plus précis réagit : excès, carence ou intoxication. Il faudra sans doute chercher plus loin pour déterminer plus précisément quelle substance est cause de refus.

Pour les carences, les items réagissant le plus souvent sont les vitamines, les oligo-éléments et les minéraux, parfois les acides aminés. Des listes préparées peuvent être nécessaires pour aller plus loin dans chacun de ces domaines. La découverte d'une carence peut conduire à tester des produits, comme indiqué plus loin.

Pour les excès, le praticien recourra à l'anamnèse dynamique en questionnant verbalement le patient et en analysant les réponses tissulaires quand il répond.

Pour la toxémie, il sera également nécessaire de demander au patient s'il prend des toxiques, des médicaments, ou quelles ont été ses vaccinations.

Lorsqu'il s'agit de médicaments, le patient ne parvient pas toujours à dire le nom du médicament. Il peut dire : « *Je prends des antibiotiques* », mais ne sait pas dire le nom du produit. Il suffit de lui demander de décrire la boîte du produit, la pilule ou le cachet. Ce qui importe alors, ce n'est pas la description, mais la réaction tissulaire consécutive à l'évocation du produit.

Note : Lorsque la réaction sur la toxémie concerne un médicament, il n'est pas toujours possible ni souhaitable de demander au patient de l'arrêter. Il est toujours possible de travailler avec le refus tissulaire à ce produit et de demander à la structure si le refus est la seule solution par rapport à la situation. Ce type d'action permet souvent d'alléger la difficulté, même lorsqu'il s'agit de vaccinations. L'aide de l'homéopathe peut être cependant indispensable pour aller plus loin sur le plan énergétique et aider le corps à drainer ce produit.

Note : Rappelons que le praticien ne peut envoyer une information que s'il a déjà une expérience du produit dont il parle, c'est-à-dire qu'il a déjà été mis en relation avec lui. Il a certainement l'expérience des vitamines, minéraux, oligo-éléments, puisqu'il en absorbe lui-même journellement. Sinon, il doit recourir à la substance sous sa forme matérielle ou demander au patient d'évoquer le produit qu'il a absorbé, tout en notant les réactions tissulaires.

Dater

Dans le chapitre « Survivre », nous avons posé que toute rétention renferme l'information sur le moment où elle s'est produite. Autrement dit, elle possède un index temporel. Il est possible d'essayer de dater une rétention, particulièrement lorsqu'elle est d'origine traumatique, parce qu'il s'agit d'un moment, ponctuel dans l'écoulement du temps.

Procéder par *fourchettes** de temps. Par exemple, si le patient a 40 ans au moment de la séance, on divise son temps de vie en 2 périodes articulées autour de 20 ans. « *Est-ce avant 20 ans ?* », pas de réponse. « *Après ?* » Si la question ne provoque pas de réaction, demander : « *Est-ce à 20 ans ?* » Diviser encore la période qui a réagi en deux. Si c'est avant 20 ans, demander : « *Est-ce avant 10 ans ?* », « *après ?* », etc. Lorsque la période est approximativement déterminée par réaction tissulaire, procéder par comptage : « *Est-ce 10 ans ?, 11, 12, 13…* » La réaction tissulaire se produit sur l'année supposée correspondre au traumatisme.

Il est possible également de diviser la vie de la personne en périodes telles que petite enfance (de 0 à 7 ans), enfance (de 7 à 12 ans), adolescence (de 12 à 20 ans), etc., puis de chercher dans la période qui donne une réaction.

Pour le jeune enfant, la naissance peut être le moment clé. Je le teste en premier. Mais la période prénatale peut également réagir. Il faut également le diviser en périodes, au choix. La connaissance des stades de développement embryologique peut utilement servir de point de repère pour la datation. Chaque praticien peut et doit créer son propre modèle.

La datation est particulièrement intéressante chez le jeune enfant qui ne parle pas ou ne peut verbaliser avec précision, faute d'une capacité d'abstraction suffisante, comme le ferait l'adulte.

La lignée ancestrale

Les recherches sur la lignée ancestrale et la psychogénéalogie m'ont longtemps laissé dubitatif. Je reconnaissais volontiers qu'un enfant puisse s'imprégner des modèles comportementaux mis en œuvre par les parents ou les ascendants auprès desquels il vit. Cela correspond à une logique psychologique : l'enfant, comme tout être vivant, tente d'acquérir un ascendant sur son environnement. Il observe les comportements des personnes qui l'entourent et s'en sert comme modèles pour ses propres comportements. Il met ainsi en place tout un *arsenal* comportemental inconscient qu'il utilise et réutilise en fonction des circonstances. Un des bienfaits du travail sur la psyché est justement de mettre à jour les schémas comportementaux implicites qui nous conditionnent et de les supprimer ou de les actualiser pour adopter un comportement en meilleure adéquation avec ce qui se vit dans le présent.

En revanche, j'envisageais comme douteux que l'enfant puisse recevoir par *hérédité**, de la part d'ancêtres qu'il n'a pas connus, un patrimoine autre que génétique. Cette transmission se bornait pour moi à des caractéristiques physiques.

Les tissus des patients se sont chargés de remettre en cause mes belles certitudes. C'est presque *par hasard* que je fis l'expérience d'une possible transmission *atavique** de rétention. Un jour que je

travaillais avec une rétention hépatique qui rechignait à se libérer malgré l'apnée expiratoire, l'incitation au refus, la recherche de l'émotion (la colère), j'eus l'intuition de poser, *à tout hasard*, la question : « *Ça vient des ancêtres ?* » et obtins une réponse tissulaire extrêmement forte. Passée ma surprise, je laissai se terminer la réponse tissulaire et la libération dans le mouvement, sans pour autant obtenir le still-point et la libération. Je poursuivis donc dans la logique de ce qui avait commencé et demandais, l'attention centrée sur la zone de rétention, si l'émotion était transmise par le père, ce qui ne provoqua pas de changement, ou par la mère, ce qui déclencha une nouvelle et forte réponse tissulaire. Je laissai la réponse se terminer et n'obtenant pas encore de still-point ni de libération, poursuivis ma remontée dans l'ascendance. C'est avec le père de la mère que la libération s'opéra finalement, jusqu'à un beau still-point une expansion indiscutable et un soulagement vraiment important verbalisé par le patient, à qui, bien entendu, je n'ai soufflé mot de l'expérience. J'avais trop peur qu'il me prenne pour un fou !

Pourtant, l'expérience aujourd'hui maintes fois renouvelée m'a rendu beaucoup plus circonspect par rapport à mes certitudes quant à l'hérédité. Je considère que rien dans les connaissances aujourd'hui reconnues ne me permet d'expliquer ce phénomène. Je me contente de le vivre tel qu'il se présente et de noter qu'il est parfois indispensable de suivre ce processus pour arriver à la libération tissulaire. Et je le livre tel.

Test de substances

Lorsque des réactions tissulaires se sont produites sur l'élément *carences*, il peut être intéressant de recourir à un test de substances, notamment de produits destinés à combler ces carences. Je recommande d'utiliser des produits de type multivitaminiques ou multiminéraux. En effet, les fonctionnements vitaminiques et minéraux étant synergiques et complexes, il convient d'éviter l'apport d'un unique élément, même si sa carence est évidente au test. La complexité des régulations dans ce domaine est telle qu'une fois de plus, c'est la réponse globale qui sied le mieux. La mise en œuvre du processus est fort simple. Les laboratoires fabriquant ce type de produits livrent généralement des boîtes test aux praticiens, pour leur permettre d'effectuer ces recherches. Le test s'effectue en fin de séance, lorsque les principales zones de rétention ont été libérées et que le système corporel du patient est globalement en meilleure communication.

L'intention de tester des produits étant clairement formulée, il suffit de présenter au patient le produit que l'on désire tester et de noter la réaction des tissus sous la main, quel que soit l'endroit où s'effectue le contact.

Une différence importante intervient toutefois par rapport aux autres interrogations tissulaires : ici le praticien s'intéresse essentiellement à la *qualité* de la réponse tissulaire. En effet, un produit inadapté au système corporel du patient, peut ne pas donner de réponse,

Tableau récapitulatif de progression dans l'interrogation tissulaire

Source	Conduites proposées		
Traumatique	Datation	Inciter les tissus à retourner à l'accident. Demander au patient de l'évoquer, noter les réactions tissulaires.	
Stress	Quel stress ?	Dialogue verbal	
Oppression	Quelle oppression ?	Dialogue verbal	
Émotion	Quelle émotion ?	Colère Rancœur Peur Chagrin	Lignée ancestrale
Métabolique	Excès	Aliment Activité Produits divers	Travailler sur refus
	Carence	Vitamine Minéral Acide aminé	Recherche sur liste Test substances Oligo-élément
	Intoxication	Médicament Vaccin Aliment	Rechercher Par dialogue oral Travailler sur refus

mais il peut également donner une réponse de contraction, de fermeture, que j'interprète comme un refus et l'indication qu'il n'est pas bon pour le système, ici et maintenant. En revanche, un produit nécessaire au système donnera une réponse d'expansion et d'ouverture.

Remarque : Lorsque plusieurs produits ont été testés séparément et ont donné des réponses positives, il convient de les tester réunis. Il arrive d'obtenir une réponse négative lorsqu'ils sont réunis. Ces tests m'ont fait considérer les longues ordonnances médicales avec beaucoup de circonspection.

POUR CONCLURE

Je viens de résumer les principales méthodes que j'utilise aujourd'hui pour dialoguer avec la structure tissulaire en tant que système de consciences. L'expérience journalière confirme qu'utilisé judicieusement, le dialogue tissulaire peut se révéler particulièrement efficace. Je désire insister sur le fait qu'il ne s'agit que d'aides, ne pouvant *en aucun cas* se substituer à la qualité de la présence, de l'attention et de l'intention du praticien. Ces aides, utilisées avec présence, attention, et intention défaillantes, ne fonctionneront pas parce qu'elles sont raffinement et sophistication de ces qualités de base. Pire, elles donneront de fausses réponses qui fourvoieront praticien et patient.

Par ailleurs, je sais que la magie apparente du procédé pousse les débutants à l'utiliser à tort et à travers. Sans doute sont-ils sensibles au plaisir de ressentir une structure répondre, communiquer réellement. Je le comprends, mais il faut bien vite passer ce cap et penser… au patient.

Ces processus sont donc à utiliser avec discernement et précaution. En particulier, il convient d'associer toute perception, intuition ou information à une réaction tissulaire palpable. S'il n'y a pas de correspondance entre ce qui est perçu et ce qui est palpé, entre l'objectif et le subjectif, c'est que le chemin est incorrect.

Ordre de mise en place et d'importance

1. Enracinement, lâcher prise, présence
2. Intention de séance
3. Ouverture à l'intuition
4. Attention globale
5. Attention focale
6. Intention verbalisée (« je m'adresse à… »)
7. Apnée expiratoire
8. Recherche et incitation au refus
9. Dialogue et interrogation tissulaires
   a. Vérification d'une localisation, d'une intuition ou d'une perception
   b. Recherche de la source de la rétention
   c. Datation (traumatisme)
   d. Remontée dans la lignée ancestrale

N. B. : assurer la mise en place correcte des 4 premiers niveaux avant le recours éventuel aux suivants.

QUESTIONS / RÉPONSES

Ne pensez-vous pas que cette manière de procéder correspond pour le praticien à envahir le monde intérieur du patient ?

Que vous en ayez conscience ou non, c'est ce que vous faites chaque fois que vous traitez un patient. Ce phénomène est inhérent à la relation entre consciences et donc à la communication. La seule différence me semble être la conscience plus aiguë du phénomène et la logique comportementale qui en découle. Comme pour l'induction dont nous avons déjà parlé, il me semble plus sain d'être conscient d'un phénomène inéluctable et d'agir en conséquence que de se voiler la face.

La question est ensuite de savoir quelle intention m'anime lorsque j'interviens auprès de mon patient : prise de pouvoir ou intervention en vue d'aider ? La prise de pouvoir peut être tentante pour un thérapeute, mais il me semble que l'accession à une conscience plus fine peut l'aider à éviter ce piège. Je n'encourage absolument pas une telle attitude qui, de toute manière, se retourne toujours contre son initiateur. Lorsque je suis en communication avec un patient, mon intention est claire : je désire l'aider. La conscience des phénomènes m'a rendu encore plus circonspect et respectueux de l'autre, parce que je sais ce qui se passe et comment ça se passe.

Et si le patient refuse que vous interveniez dans ses structures ?

Si le patient est venu me voir de son plein gré, c'est qu'il est d'accord pour que j'intervienne dans ses structures. Je ne me pose même plus la question. En revanche, l'accumulation de refus dans ses structures peut être telle que celles-ci refusent la communication. Il faut alors beaucoup de temps pour établir la relation. La présence et le savoir-faire du praticien sont ici essentiels. Ce n'est pas, bien entendu, une question de force, mais de présence et de persuasion. N'oubliez pas que la communication est inhérente à la vie et que, selon notre modèle, la structure a décidé un jour de ne plus communiquer pour tenter de résoudre un problème qui, aujourd'hui, n'existe plus. Le rôle du praticien, c'est de la remettre suffisamment en communication pour qu'elle s'aperçoive qu'elle peut à nouveau communiquer sans danger. Le praticien n'est qu'un point d'appui transitoire permettant de rétablir la communication avec le Souffle de Vie.

Utilisez-vous des référentiels symboliques ?

Aujourd'hui, non. Si je ne le fais pas, c'est uniquement parce que je ne maîtrise pas suffisamment ce domaine et ne m'y sens de ce fait pas à l'aise. Je suis certain qu'un praticien maîtrisant bien la symbolique peut l'utiliser pour questionner les structures tissulaires de son patient.

Je me méfie en revanche beaucoup de la *symbolique de bistrot* que je vois souvent invoquée. Amoureux de la simplification, beaucoup de praticiens finissent par se créer des référentiels, des cartes de représentation symboliques beaucoup trop simples pour être vraies. Mon expérience avec le travail en régression m'a appris que les liens symboliques sont rarement simples. C'est donc un outil à manier avec d'infinies précautions. Comme je ne me sens pas suffisamment sûr aujourd'hui dans ce domaine, je préfère m'abstenir que de risquer d'envoyer mon patient dans de fausses directions. Mon credo en la matière est que je ne sais pas et que seul le patient et sa structure corporelle savent. Ce qui m'intéresse, ce n'est donc pas d'imposer mon opinion sur la difficulté du patient, mais d'aider à trouver le chemin de sa résolution. C'est le patient qui résout le problème, pas moi.

Comment formulez-vous vos questions ?

Avec la structure vivante, je communique toujours sur le mode binaire. Cela signifie que les questions doivent lui être posées de manière telle que les seules réponses possibles soient *oui* ou *non*. Cela oblige à simplifier et à cerner. C'est une excellente gymnastique pour l'esprit, la même que celle du programmeur informatique qui *découpe* les actions complexes à réaliser en succession d'actions simples.

J'ai parfois la sensation que la réaction tissulaire précède la formulation de la question. Cela m'étonne.

C'est tout à fait normal. L'information est concept. Elle est sens, signification. Elle n'est pas matérielle. Lorsque je vous parle d'une chaise, ce qui vous touche, ce ne sont pas tant les mots que j'utilise que le concept *chaise* qui frappe votre esprit et vous fait évoquer une image de chaise, relative aux expériences que vous en avez. Le système sensoriel est sensible au stimulus physique, mais la conscience est sensible au concept, à la pensée. Ainsi, dès que la pensée naît dans votre esprit, toutes les consciences que votre attention englobe la perçoivent immédiatement, avant même que vous ayez eu le temps de la formuler verbalement. Pensez à l'instantanéité possible de ces réponses. Vous pouvez manquer la réponse, faute d'y avoir été suffisamment attentif au moment où vous pensiez le concept.

Même lorsque la phase 1 a été correctement réalisée et que je suis certain qu'il y a une bonne communication, j'ai souvent l'impression que la structure ne répond pas à mes questions.

Cela dépend sans doute de votre intention. Est-elle suffisamment ferme ? Entretenez-vous la certitude d'obtenir une réponse ? N'oubliez pas que vous avez affaire à des consciences, sensibles à votre état d'être. Elles répondent en adéquation à ce qu'elles reçoivent de vous. Il faut une intention précise et forte, comme lorsque vous élevez le ton pour parler à un groupe. C'est la raison pour laquelle je parle souvent d'injonction.

Enfin, êtes-vous suffisamment précis dans votre questionnement ? On pourrait formuler une loi de la communication tissulaire qui serait : à intention imprécise, réponse floue. Cette loi est réversible et si la réponse tissulaire est floue, c'est que l'intention est imprécise. Rappelez-vous : la structure répond à ce que vous êtes et à ce que vous projetez en elle. Si elle ne vous répond pas, c'est que vous vous y prenez mal avec elle.

Dans la datation, comment pouvez-vous être certain de l'exactitude de l'information ?

Je ne saurais affirmer que l'information sur la datation est exacte. Ce qui importe, ce n'est pas d'être certain de son exactitude, mais que la structure aille plus avant dans sa rétention pour se libérer.

Il arrive souvent qu'un patient ne se souvienne pas d'un événement traumatique précis. Si je dois recourir à la datation pour centrer plus précisément le travail tissulaire, je lui demande parfois verbalement si vers tel âge (celui que j'ai déterminé par interrogation tissulaire) il n'aurait pas été victime d'un traumatisme. Parfois, cela est suffisant pour que le souvenir conscient revienne. Si ce n'est pas le cas, je n'insiste pas et me contente de travailler avec la seule structure, mentalement. Là également, le praticien doit prendre garde de ne pas imposer au patient ses solutions ou ses réponses.

Je ne saisis pas l'utilité de la datation. Ce qui importe c'est que la rétention d'énergie, la fermeture à toute communication soit toujours là. En quoi le fait qu'elle date de 5, 10 ou 20 ans change quelque chose ?

Que la rétention date de 5, 10 ans peut effectivement sembler sans importance. Mais réfléchissons que la zone tissulaire vit encore l'instant qui a provoqué le refus il y a 5 ou 10 ans. Elle *est* dans cet instant du passé. Elle tente de résoudre aujourd'hui un problème vieux de 5, 10 ans ou plus, alors que le problème a cessé. Cela signifie que son réel temporel n'est pas dans le présent d'aujourd'hui mais au moment de la création du refus. C'est d'ailleurs ce qui la rend si perturbatrice : elle est *collée* dans ce temps passé, plus réel pour elle que le présent. Ce qui m'intéresse avec la datation, c'est de l'atteindre dans son réel temporel. Et puisque ce réel se trouve au moment de sa création, c'est ce que je tente d'atteindre avec la datation. C'est la raison pour laquelle au moment où mon intention touche la bonne date, elle se remet en mouvement, ce qui m'indique qu'elle libère de l'énergie et recommence à communiquer.

Lorsque vous allez dans le refus de la structure, vous tentez de la rejoindre dans son espace en entrant dans sa densité et dans son énergie en suivant son mouvement. Ce faisant, vous la rejoignez également dans son temps. La datation permet de privilégier le paramètre temporel lorsque les deux autres ne sont pas suffisants.

Je relie également le travail sur la lignée ancestrale à la réalité temporelle. La différence tient au fait qu'au lieu d'utiliser un repère chronologique en unité de temps, on utilise un repère chronologique en « unité de génération ». Mais dans les deux cas, nous cherchons à nous localiser sur la ligne du temps.

Note : Avez-vous remarqué la manière dont vous vous représentez l'écoulement du temps ? Phil Parker, dans le texte déjà évoqué au chapitre précédent, note que nous symbolisons l'écoulement du temps en utilisant systématiquement une représentation spatiale. De plus, nous le représentons toujours s'écoulant de la gauche vers la droite. Cela se retrouve en mathématiques, par l'utilisation de repères orthonormés sur lesquels l'écoulement du temps est toujours représenté en abscisse, allant de la gauche vers la droite. C'est ce moyen que nous utilisons pour localiser un événement dans nos souvenirs : nous traçons une ligne virtuelle entre des événements, ce qui donne une « ligne de temps ».

Un organisme humain est constitué de cellules qui, hormis les cellules nerveuses, se renouvellent constamment, de sorte que périodiquement, l'ensemble du système est renouvelé. Comment dans ces conditions expliquer la mémoire tissulaire ?

Je ne l'explique pas, je la constate. Votre question rejoint une observation faite par Edgar Morin qui évoque le paradoxe existant entre une machine vivante auto-organisatrice et une machine purement matérielle, simplement organisée : « *En effet, la machine artefact [matérielle] est constituée d'éléments extrêmement fiables (un moteur d'auto, par exemple, est constitué de pièces vérifiées, et constituées de la matière la plus durable et la plus résistante possible en fonction du travail qu'elles ont à fournir). Toutefois, la machine, dans son ensemble, est beaucoup moins fiable que chacun de ses éléments pris isolément. En effet, il suffit d'une altération dans l'un de ses constituants pour que l'ensemble se bloque, entre en panne, et ne puisse se réparer que par intervention extérieure (le garagiste).*

Par contre, il en va tout autrement de la machine vivante (auto-organisée). Ses composants sont très peu fiables ce sont des molécules qui se dégradent très rapidement, et tous les organes sont évidemment constitués de ces molécules ; du reste, on voit que dans un organisme, les molécules, comme les cellules, meurent et se renouvellent, à ce point qu'un organisme reste identique à lui-même bien que tous ses constituants se soient renouvelés. Il y a donc, à l'opposé de la machine artificielle, grande fiabilité de l'ensemble et faible fiabilité des constituants. » (Morin, 1990, 43-44.)

Cela peut nous orienter vers un système organisateur non matériel, une matrice en quelque sorte, reliée à la conscience, telle que Rupert Sheldrake l'a évoquée avec la *causalité formative* et dont nous avons déjà parlé. C'est une piste qui reste à explorer. Cela semble logique par rapport au modèle développé qui travaille avec l'information, définie comme *sens*, *signification*, et non comme matière.

Utilisez-vous systématiquement le travail en interrogation tissulaire ou la remontée sur la ligne ancestrale ?
Non, pas du tout. Je n'y recours que lorsque tout ce qui pouvait être essayé n'a pas été suffisant pour obtenir la libération. J'ai d'ailleurs constaté qu'au fur et à mesure de l'amélioration de la qualité de ma présence et de mon enracinement, cette procédure devenait moins souvent nécessaire. Aujourd'hui, en revanche, lorsque j'en arrive à l'utiliser, elle est souvent la clé de problèmes récurrents gênant le patient parfois depuis bien longtemps.

Verbalisez-vous au patient tout ce que vous faites ou découvrez ?
Cela dépend du patient. Deux éléments me servent de repère par rapport à cette question. Le premier est que la communication repose sur l'adéquation au réel de l'autre, qu'il faut déterminer et surtout respecter. La plupart des patients n'ont pas conscience que leur corps est conscient. Ainsi, leur communiquer ce que je trouve et la manière dont je le trouve serait pour beaucoup plus troublant que salvateur. De plus, une fois que la libération tissulaire s'est opérée, cela n'a plus beaucoup d'intérêt, si ce n'est de permettre au praticien de jouer les fiers-à-bras.
Les patients en recherche personnelle sont en général plus conscients et réceptifs à ces concepts, et leur faire part de mes perceptions peut déboucher sur des prises de conscience intéressantes. Si j'en ressens l'opportunité, je n'hésite pas à l'évoquer, ce qui permet souvent d'aller plus loin, notamment dans le domaine somato-émotionnel. Je n'ai cependant aucune recette à proposer pour évaluer ce que le patient peut utilement entendre ou pas. C'est souvent subtil, relié au discernement du praticien et à la qualité de communication qu'il établit avec son patient.
Le second point, c'est de bien garder à l'esprit qu'un patient est en recherche de solution. Il a souvent soif de réponses, cherchant à comprendre pourquoi il ne va pas bien. Il est presque prêt à accepter toute réponse que lui fournit le praticien, d'autant plus qu'il lui accorde d'emblée sa confiance et pense qu'étant praticien, *il sait*. La mentalité courante est encore imprégnée de cette croyance. Le praticien doit être conscient de cela et verbaliser avec prudence auprès de son patient pour éviter, autant que faire ce peut, les mauvaises interprétations et les fausses directions. J'y suis très attentif. Lorsque je verbalise une perception ou une intuition, je précise toujours que c'est moi qui l'ai perçue et ne la présente jamais comme une information *ex cathedra*. Par ailleurs, je laisse toujours une possibilité au patient de ne pas être d'accord ou de refuser mon interprétation, en présentant ce que je dis sous forme de question et non de certitude. En même temps que je pose la question, je m'arrange pour être en contact avec la structure tissulaire et analyser les changements qui s'y produisent. S'il n'y a pas de changement, c'est que je ne suis pas juste.

N'avez-vous pas peur des erreurs ?
Non. Je peux me tromper dans l'interprétation de perceptions ou d'intuitions, mais la structure tissulaire de mon patient ne se trompe pas, elle. Je vérifie donc directement auprès d'elle si je suis juste ou non. Si je n'ai pas de confirmation tissulaire, indiquée par une réponse positive, c'est-à-dire un changement dans la structure lorsque j'interroge, je ne donne pas suite.
Par ailleurs, je pense que l'erreur est non seulement inévitable, mais que c'est la seule manière d'apprendre. Je n'ai donc pas peur de me tromper, mais j'agis de manière telle que mon erreur n'ait pas de conséquence fâcheuse pour le patient.

Ne peut-on se tromper et penser qu'une réaction appartient au patient alors qu'elle appartient au praticien ?
Oui, c'est possible, mais pas si fréquent qu'on pourrait le craindre. Cela dépend particulièrement de la qualité de l'enracinement, de la présence, du lâcher prise du praticien et de la focalisation de son attention. N'oubliez pas que la perception vient de là où l'être place son attention. Si son attention est placée sur le patient, la perception vient de manière privilégiée du patient. Lorsque le doute existe, le plus simple est de poser la question : « *Cette réaction vient-elle du patient ou de moi ?* » Si elle appartient seulement au patient, sa structure réagira en conséquence. Si elle appartient au praticien, la structure du patient ne réagira pas, mais celle du praticien oui. Si elle appartient aux deux, les deux réagiront.

Prescrivez-vous beaucoup ?
Non, très peu, et de moins en moins. Je discerne aujourd'hui dans l'acte de prescrire beaucoup d'ambiguïté. Je ne désire pas entrer dans le débat de la nécessité ou non de prescrire un produit. Nous savons tous que, la plupart du temps, une prescription agit au niveau de l'effet, pas de la cause.
La prescription est un acte relationnel dans lequel interviennent la détermination et la certitude du praticien mais également la foi explicite ou implicite du patient. Cette relation patient-praticien-substance fait immédiatement penser à l'effet *placebo**. Cette interrogation était au centre des préoccupations des groupes de recherche initiés dès les années 30 par le psychanalyste

Michael Bálint[4] : « *Depuis quelques années des séminaires de recherche ont été organisés à Tavistock Clinic pour étudier les implications psychologiques dans la pratique de la médecine générale. Le premier sujet de discussion, à l'un de ces séminaires, portait sur les médicaments habituellement prescrits par les praticiens. La discussion a vite montré – et sans doute n'était-ce pas la première fois dans l'histoire de la médecine – que le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale était le médecin lui-même. Autrement dit ce n'est pas uniquement la fiole de médicament ou la boîte de cachets qui importent, mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade ; en fait l'ensemble de l'atmosphère dans laquelle le médicament est donné et pris.* » (Bálint, 1973, 9.)

Quelle que soit par ailleurs l'action avérée d'un produit, je considère que l'effet placebo est toujours présent et agit de manière non négligeable. Qu'on le considère ou non, il y a derrière la prescription un problème plus subtil et plus sournois que l'utilité ou l'action reconnue du produit prescrit : la prescription d'un produit conduit presque automatiquement la personne à transférer la responsabilité de sa guérison sur le produit. Or, selon notre modèle, ce ne peut être un produit qui guérit, mais la conscience.

La présence du produit peut modifier suffisamment les éléments du système corporel pour l'obliger à se réorganiser et à modifier le ou les symptômes. Cela ne signifie pas que la source du symptôme ait été modifiée, mais que l'efficacité apparente d'un produit mystifie la conscience en lui faisant croire que l'essentiel est changé alors qu'il n'en est rien. C'est donc un système particulièrement subtil qui entretient la conscience dans une illusion de guérison et lui permet de ne pas changer…

Je pense l'effet placebo au moins aussi important que l'action de la molécule chimique. Aujourd'hui, la seule circonstance dans laquelle j'envisage une prescription, c'est lorsque l'interrogation tissulaire répond franchement sur l'élément carence. Mais les demandes corporelles sont extrêmement labiles, en fonction notamment du vécu de la personne, de sorte que la réponse tissulaire d'aujourd'hui sera peut-être différente demain. D'où ma circonspection.

Orientez-vous vers d'autres praticiens ?

Je n'hésite pas à orienter un patient vers une autre cohérence thérapeutique si je sens qu'elle répondrait mieux à son besoin présent que ma compétence ostéopathique. Je pense au praticien du système biomédical, lorsque le problème du patient l'exige, mais également à l'homéopathe lorsque la toxémie tissulaire apparaît comme l'élément dominant, ou à des praticiens du domaine de la psyché lorsqu'un travail de fond me semble nécessaire à ce niveau.

Tout de même, ces manières de procéder ne sont pas à mettre à la portée de tous, notamment des débutants !

Pourquoi ? Je parle ici de perceptions de l'être et, à ma connaissance, il n'y a pas encore de diplôme d'être. J'ai déjà dit que nous sommes très différents dans le domaine de la perception de l'être et je constate que certains jeunes praticiens voire étudiants, ont naturellement des aptitudes de perception excellentes. Beaucoup sont malheureux, parfois désespérés, parce que ces aptitudes ne sont pas reconnues et même souvent rejetées. Avec le temps, à force d'invalidation, ils finissent par penser qu'il s'agit de délire et leurs perceptions s'amenuisent de sorte qu'ils sortent diplômés en ostéopathie mais estropiés dans leurs perceptions.

Il est vrai que pour un enseignant qui ne les comprend pas et ne les maîtrise pas, ces perceptions sont perturbatrices. Le rejet est alors l'attitude la plus courante. Mais, puisque leur rejet n'empêche pas leur existence, il me semble plus sain de les reconnaître, de les étudier pour mieux les comprendre et les utiliser à bon escient.

Avec ce que vous venez d'exposer, n'avez-vous pas peur d'être considéré comme un gourou ?

Tout dépend du sens que vous donnez à ce mot. D'origine sanskrite, il signifie au départ « maître spirituel » ou « guide ». On l'affuble aujourd'hui d'un sens souvent péjoratif.

Je préfère utiliser un concept plus proche de nos mentalités et que nous

4. Michael Bálint (1896-1970) Psychanalyste britannique d'origine hongroise. Diplômé de médecine en 1920, il entreprend une analyse avec Hans Sachs qu'il terminera, à partir de 1926, de retour à Budapest, avec Ferenczi, à qui il succédera en 1933 à la présidence de l'Institut de psychanalyse. Il commence à organiser des séminaires qui deviendront beaucoup plus tard les « groupes Bálint » réunissant autour d'un psychanalyste des médecins qui viennent parler de leur pratique et de leurs difficultés quotidiennes avec leurs patients.
En 1939, la montée du nazisme oblige Bálint et son épouse à émigrer en Grande-Bretagne. En 1945, il dirige à Londres un centre de guidance infantile. En 1948, il entre à l'Institut des relations humaines de la Tavistock Clinic où il restera jusqu'en 1961. Dans la tradition de Ferenczi, Bálint développe les techniques de psychothérapies brèves fondées sur la focalisation des conflits. Il s'agit pour le thérapeute d'émettre à chaque séance une hypothèse sur le conflit intrapsychique qui serait à l'origine des difficultés du patient : *le focus*. Progressivement le focus initial est redéfini en fonction de l'interprétation du matériel apporté pendant les séances. La durée limitée de la cure, déterminée par contrat, oblige le patient et le thérapeute à fixer pour chaque séance des objectifs immédiats à atteindre. Le pragmatisme de Bálint a beaucoup marqué les pratiques thérapeutiques dans les pays anglo-saxons.

connaissons bien, celui du compagnonnage. Le maître compagnon apprend à son apprenti une science, une technique, un savoir-faire, un art. Il lui apprend à se servir des outils de son métier, mais c'est l'apprenti qui crée son chef-d'œuvre. J'aime cette citation, extraite d'un forum tenu sur Internet : *« Il n'y a qu'à promener dans sa vie son besoin d'être, son feu d'être. Ce besoin, c'est le gourou en personne, c'est le Divin au fond de soi, c'est la Lumière même au fond de soi-même. »* J'ajouterai, c'est la Conscience en soi. Je pense que notre vrai guide n'est pas extérieur, mais intérieur. Ce qui m'intéresse, c'est d'aider ceux qui le désirent à le rencontrer.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE MAINTENANT

Nous allons évoquer le traitement à plusieurs praticiens.

> *« Pratiquement, notre tâche serait bien simplifiée si seulement nous comprenions que c'est la conscience qui se sert de toutes les méthodes et qui agit à travers toutes les méthodes, et que, si nous allons directement à la conscience, nous aurons saisi le levier central. Avec cet avantage que la conscience ne trompe pas. »*
>
> (Satprem, 1995, 127.)

TRAITER À PLUSIEURS 19

« Aucun membre d'un équipage n'est loué pour la manière dont il rame individuellement. »
Laurence J. Peter, *Les Ordonnances de Peter*, p. 237.

L'enfant handicapé exprime la détresse du vivant poussée à son paroxysme. Face à cette détresse, la tentation est forte de baisser les bras. L'ostéopathie peut apporter une aide non négligeable, pas forcément au niveau de la cause du handicap, parfois irréversible, mais de la manière dont il est supporté et/ ou compensé. En 1993, Monique Thinat, ostéopathe que sa formation de base et son expérience de psychomotricienne ont sensibilisée à ses problèmes, a rassemblé quelques praticiens et constitué le premier noyau d'ostéopathes œuvrant au sein de l'association EHEO[1] des Mureaux, dans l'Ouest parisien. Outre Monique, participaient à l'aventure, François Bel, Patrick Blanvillain, Jean-Hervé Francès et moi-même, bientôt rejoints par Isabelle Schmitt.

Les enfants handicapés nous ont confrontés à la nécessité d'une action qui, pour être plus efficace, se devait d'être plus puissante. Pour atteindre cet objectif, le travail en commun nous est apparu indispensable. De plus, au-delà du service aux enfants et du désir de créer une dynamique professionnelle dans notre région, nous nous sentions philosophiquement proches, centrés sur les principes développés par l'approche tissulaire. Il ne fut donc pas très difficile de nous entendre et de nous harmoniser pour travailler ensemble. Le travail à plusieurs praticiens nous conférait une plus grande puissance d'intervention et l'approche tissulaire nous permettait d'être guidés par les tissus. Pourtant nous sentions souvent des refus tissulaires tellement forts chez nos jeunes patients, que nous ne parvenions pas à atteindre la profondeur d'intervention indispensable pour changer vraiment quelque chose à leurs difficultés et leur apporter au moins l'amélioration de confort que nous aurions souhaitée pour eux.

Nous remarquions en revanche qu'au cours de certaines séances privilégiées, il se passait *quelque chose* pour lequel nous n'avions pas de nom, seulement la sensation d'être connectés à une puissance que nous ne contrôlions pas mais pour laquelle notre présence était nécessaire et dans laquelle notre laisser-aller était indispensable. Encore la présence… Oui, mais à un degré supérieur qu'il nous était difficile de définir et d'atteindre, et autre chose encore qui nous échappa longtemps : la *coordination** de nos attentions et de nos intentions. C'est après avoir sporadiquement expérimenté la puissance potentielle résultant de la présence amplifiée et de la coordination que nous avons cherché à rendre le sporadique plus systématique. Je vous propose le modèle qui s'est logiquement développé à partir de cette expérience particulièrement enrichissante.

1. EHEO : Sigle pour Enfant Handicapé, Espoir Ostéopathique. Nom de plusieurs associations de parents d'enfants handicapés au sein desquelles des ostéopathes bénévoles viennent traiter régulièrement des enfants handicapés. Les premiers soins de ce type furent donnés dans le cadre du collège ATMAN au début des années 80 et la première association EHEO fut créée à Grenoble en 1983 à l'instigation de Jean-Pierre Barral.
Site Internet des EHEO : http://eheo.multimania.com
Voir également l'article de François Bel : « Les associations Enfants Handicapés, Espoir Ostéopathiques (EHEO) », *ApoStill* n° 9, automne 2001, p. 43-44.

ENRACINEMENT, PRÉSENCE

Dans le travail à plusieurs praticiens, ce temps est toujours de première importance et ne doit surtout pas être négligé. Il m'apparaît même comme préalable indispensable pour espérer atteindre le meilleur potentiel du groupe. Cependant, à la différence de ce qui a déjà été fait, il ne s'agit pas seulement d'être présent chacun séparément, mais d'être présents ensemble. Et n'est pas la même chose ! Cette qualité de présence permet de constituer une entité thérapeutique unifiée, dans laquelle le tout représente plus que la somme des parties.

Encore les ballons

Dans les premiers chapitres de ce livre, nous avons utilisé les ballons pour atteindre et tester la qualité de notre enracinement et de notre présence. En objectivant le mouvement inhérent à l'état de la conscience, le ballon offre un excellent référent quant à la qualité de la présence du praticien. Il m'est apparu logique de réutiliser le ballon comme aide afin d'accéder à une meilleure qualité de présence à plusieurs praticiens.

L'exercice que je propose maintenant se réalise entre deux personnes, assises face à face, les genoux presque en contact. Entre elles, un ballon, que chacune contacte à son aise, tout en étant assise confortablement et sans contrainte dans les mains ni les bras. Chacun des deux intervenants établit l'enracinement, la présence et le lâcher prise pour lui-même. Puis, lorsque c'est fait individuellement, chacun englobe l'autre dans sont champ d'attention, tout en analysant ses perceptions personnelles et ce qui se produit dans la perception du ballon. Un long moment peut s'écouler pendant lequel toutes sortes de perceptions, de sensations somatiques, voire d'inconforts peuvent être ressenties par les deux partenaires. La plupart du temps, ce qui est senti dans le ballon à ce moment de la pratique n'est pas interprétable, ni d'ailleurs vraiment intéressant. Ces perceptions et inconforts sont interprétés comme la mise en mouvement des consciences corporelles par le flux d'attention du partenaire. Quels que soient les perceptions et les inconforts, chaque intervenant demeure assis sans bouger, son attention sur l'autre, et l'attention de l'autre sur lui, et attend, présent, jusqu'à sentir diminuer les perceptions et naître une paix intérieure et une harmonie dans la présence mutuelle.

Quand les deux partenaires parviennent à la présence réciproque, alors qu'ils ressentent une aisance, souvent un bien-être physique et une sensation d'harmonie, leur perception du ballon change. *Tous deux* perçoivent une expansion/rétraction qui devient vraiment unique, dont l'amplitude augmente considérablement et dont le rythme diminue. Cela leur indique qu'ils sont parvenus à l'état de présence mutuelle. Ils ne sont plus seulement deux réunis, ils sont devenus deux ensemble. C'est ce type de présence qu'il est souhaitable d'atteindre pour travailler à plusieurs.

Cet exercice peut être réalisé au cours de rencontres d'entraînement ou de séminaires de formation. Le jour de la séance avec les enfants, un temps de mise en présence suffit pour enclencher le processus, qui s'affinera au cours de la séance.

MISE EN PLACE

La mise en place dépend du nombre d'intervenants. Lorsqu'il y a deux praticiens, l'un se place au crâne et l'autre, au niveau du diaphragme et de la région hépatique, ou du bassin. Il pourra changer de position au cours de la séance, en fonction du besoin.

Lorsqu'il y a trois praticiens, l'un est à la tête, un autre au niveau du foie/diaphragme et le troisième au bassin. Lorsqu'il y a plus de trois praticiens, les autres contrôlent les membres.

Un coordinateur

Il importe de désigner un coordinateur, celui qui a la charge de rassembler les informations émanant des différents praticiens, d'assurer l'interface de dialogue avec le patient et sa structure et d'orienter en les coordonnant les attentions/intentions des membres du groupe. Celui qui tient le crâne semble le plus logiquement indiqué, mais n'importe quelle autre position au niveau du corps peut convenir.

MODUS OPERANDI

Nous allons retrouver dans le *modus operandi* collectif les mêmes étapes que dans le travail solitaire. Seule change la manière de les mettre en œuvre.

Avec le travail collectif, nous avons en quelque sorte un *modus operandi* dans le *modus operandi*.

Phase 1

Chacun, là où il se trouve, prend contact avec la structure tissulaire du patient. Un temps plus ou moins long est nécessaire pour atteindre, au moins en partie, la présence à plusieurs comme indiqué plus haut. Chacun commence ensuite à entrer dans la densité de la structure qu'il contacte, l'attention englobant l'ensemble du patient, et à suivre tout mouvement qu'il perçoit.

À tour de rôle, chaque intervenant indique la perception qu'il a des tissus. Les perceptions sont dites en fonction du ressenti de chacun. Cela concerne donc à la fois les perceptions tissulaires et les perceptions de l'être, comme évoqué dans le chapitre précédent. Chacun travaille avec le niveau de perception qui est le sien.

Lorsqu'un intervenant verbalise ce qu'il perçoit, le coordinateur est attentif au comportement de la structure tissulaire au moment de la communication de l'information. Par exemple, celui qui est au bassin dit : « *Je sens que ça tire vers la sacro-iliaque droite.* » Peu de réactions au niveau du crâne. Celui qui est au niveau du diaphragme dit : « *J'ai une grosse densité hépatique. Il est très dense et ne bouge quasiment pas.* » Changement important au niveau du crâne qui se densifie et s'incline vers la droite. Le coordinateur conclut que l'évocation de la région hépatique est ce qui provoque la plus forte réaction tissulaire et propose que tout le monde centre son attention sur elle. Chacun place son attention sur elle, tout en suivant le déroulement des tissus avec lesquels il est en contact manuel. Les mouvements peuvent être très amples et spectaculaires, mais chacun suit de là où il se trouve, centré sur la région indiquée (ici la région hépatique). Le plus souvent les structures corporelles du patient reviennent au neutre et marquent un still-point plus ou moins long avant que n'apparaisse l'ouverture signifiant la remise en communication de la structure. Le plus souvent également, ces phénomènes sont perçus en même temps par tous les intervenants ou en très léger décalage.

Note : compression occipitale et technique hépatique sont souvent nécessaires. Elles se réalisent simultanément, puisqu'un praticien est à la tête du patient et l'autre au niveau hépatique. Si la compression occipitale n'est pas possible, la prise crânienne à huit doigts ou toute autre prise peut convenir.

Phase 2

Après chaque still-point suivi d'une expansion, la structure tissulaire du patient semble ne plus répondre pendant un certain temps, comme si elle était *réfractaire*. Puis d'autres perceptions apparaissent, indiquant que d'autres zones corporelles sont touchées par les flux d'attention/intention des participants. Le cycle est recommencé comme ci-dessus, tant que les structures acceptent de libérer de l'énergie.

Certaines libérations provoquent de grands mouvements qu'il faut suivre, attentions centrées sur la région qui se libère. Un des avantages de l'approche à plusieurs est de permettre d'accéder plus facilement à la demande de mouvement tissulaire.

Phase 3

Lorsque deux praticiens contactent simultanément le crâne et le bassin, la phase 3 est automatique. Elle se réalise aux deux pôles simultanément et passe le plus souvent inaperçue. Lorsque ce n'est pas le cas, celui qui se trouve au diaphragme change de place pour réaliser la partie de l'ajustement concernant le bassin.

Interrogation tissulaire

Comme pour le travail en solo, il peut être nécessaire de recourir aux aides déjà mentionnées. Chez l'enfant handicapé, l'apnée expiratoire est le plus souvent inaccessible parce que, pour beaucoup d'entre eux, le contrôle conscient de la respiration est impossible ou trop problématique pour être utilisé efficacement. L'incitation au refus peut en revanche aider considérablement, notamment lorsqu'elle est coordonnée entre tous les praticiens. Lorsque dans le cas déjà évoqué, la région hépatique *se colle* dans sa densité et ne bouge plus, le coordinateur peut demander au nom de tous à la structure : « *Y a-t-il du refus ?* » S'il y a une réponse positive, en général perçue par tous les intervenants en même temps, il propose que tous incitent la structure hépatique sur laquelle leurs attentions sont centrées à aller plus loin dans son refus.

Les modalités supplémentaires déjà évoquées pour l'interrogation tissulaire peuvent être utilisées :

recherche de la source de la rétention, datation, recherche de l'émotion, etc. Les modalités d'application sont les mêmes mais une seule personne, le coordinateur, s'adresse au nom de tous aux structures du patient. Pour ces raisons, le coordinateur sera de préférence un praticien déjà expérimenté dans ce type de travail.

Note : Il est important qu'un seul membre de l'équipe détienne le droit de dialoguer avec la structure du patient. Les autres participants doivent s'astreindre à ne pas poser de question mentalement à la structure. Cela est facile à comprendre : recevant des questions de plusieurs endroits, la structure va réagir aux flux qu'elle reçoit, mais ne sachant pas qui demande quoi, les réponses sont ininterprétables et la conduite qui en découle incohérente.

Si un autre intervenant que le coordinateur a l'intuition d'une question à poser aux tissus, il la propose verbalement au coordinateur ou bien la formule verbalement aux tissus afin qu'elle soit entendue de tous et que la réponse tissulaire puisse être interprétée. De plus, il doit attendre un moment d'immobilité de la structure, soit parce qu'elle est collée dans sa densité, soit parce qu'elle est arrêtée dans sa libération.

Une fois le principe de la coordination bien compris, sa mise en œuvre est une simple question de discipline et de bon sens.

QUESTIONS / RÉPONSES

Selon vous, qu'est-ce qui indique particulièrement le travail à plusieurs praticiens ?

L'indication majeure est bien entendu la grande détresse tissulaire, comme dans le cas des enfants handicapés, mais également tous les cas dits *lourds*. Il existe également un domaine où le travail à plusieurs est particulièrement intéressant, c'est la pédagogie. Cela tient au fait que dans le travail à plusieurs, les réponses tissulaires sont beaucoup plus fortes, mais également que tous les membres du groupe, patient compris, vivent *ensemble* l'expérience.

Ils vivent la même chose en même temps, chacun selon le point de vue qu'il occupe. Ils peuvent verbaliser leurs perceptions et sensations, mais les réponses tissulaires sont les mêmes pour tous. Ils l'expérimentent directement, en même temps.

Ils s'aperçoivent qu'en vivant la même chose, ils ont des perceptions différentes, mais que malgré ces différences, ils peuvent s'accorder et être efficaces.

Cette manière de travailler est vraiment déroutante pour celui qui ne connaît pas l'approche tissulaire.

Oui, comme tout ce qui est nouveau ou différent. L'expérience montre que cette manière de travailler est particulièrement efficace et unificatrice au sein de l'équipe qui travaille. Par ailleurs, ces techniques permettent de s'occuper vraiment du patient dans sa globalité. Ce n'est plus du crânien, du viscéral, du fascial. C'est du tissulaire. C'est l'ensemble de la structure et des consciences du patient qui sont concernées et traitées.

> *« Il est vrai que nous ne contrôlons pas tout. Nous ne pouvons contrôler l'esprit, mais nous pouvons régler nos voiles. »*
>
> (Robbins, 1989, 358.)

STILL-POINT
Conclusion

« L'Évolution ne consiste pas à devenir de plus en plus saint ou de plus en plus intelligent ou de plus en plus heureux. L'Évolution consiste à devenir de plus en plus conscient. »
Satprem, *Sri Aurobindo ou l'Aventure de la Conscience. I*, p. 121.

Nous voilà parvenus à la fin d'un cycle. Un *still-point* se fait jour et s'impose pour re-potentialiser l'énergie, examiner le chemin parcouru, expérimenter et intégrer les outils qui viennent d'être présentés.

FAIRE LE POINT

Conscience et globalité

Appréhender le vivant comme conscient m'apparaît la clé de la modélisation tissulaire. Un point de vue plus englobant sur l'humain vivant, une cohérence pour la vie, m'obligeant à poser différemment les problèmes que je rencontrais dans ma vie d'homme et de praticien en ont résulté. Ma pratique d'ostéopathe s'en est trouvée unifiée par des solutions fonctionnelles.
Ainsi, l'ostéopathie que je pratique aujourd'hui n'est-elle plus crânienne, structurelle, viscérale, associée à un peu de posturologie, de myotensif, avec quelques incursions dans le domaine somato-émotionnel. C'est une ostéopathie dans laquelle tous ces points de vue sont *intégrés*. Parce que je m'adresse à la structure vivante, donc consciente, j'ai le sentiment de pratiquer une ostéopathie *à la fois structurelle et fonctionnelle*, de travailler avec la *« fonction de la structure »*.

Vivre le complexe

Grâce au modèle du cône (cf. p. 35), j'ai pu accéder à une plus vaste globalité. Pourvu que l'on soit centré, que l'on remonte vers le sommet du cône, englober m'apparaît comme la meilleure manière d'appréhender la complexité et de travailler avec elle. Voilà qui peut sembler paradoxal, en tout cas opposé à notre démarche habituelle, consistant, au contraire, à détailler sans cesse. La remontée dans le cône permet de diminuer le nombre de données à saisir, de simplifier donc, tout en atteignant de plus hauts niveaux de causalité. Dialoguer avec eux permet de contrôler les éléments plus bas situés dans le cône. À ces niveaux, il convient effectivement de *« ne jamais négliger les petites choses car elles contiennent souvent de précieux joyaux »* (Still, 1999, 57).

ET MAINTENANT ?

Si, lorsque j'ai commencé mon parcours d'ostéopathe, quelque voyant m'avait dit ce que je découvrirais en chemin et ce que je serais aujourd'hui, je ne l'aurais certainement pas cru, sans doute, même, lui aurais-je ri au nez. Et pourtant… À mon corps défendant, cette expérience a bel et bien été initiatique. Mon être s'en est trouvé changé et du coup mon faire et ma manière de concevoir la vie, donc l'ostéopathie. Il est des richesses que l'on aime partager. C'est ce qui a motivé la rédaction de ce livre et guidé sa réalisation. Mais pour vous, lecteur, le plus gros reste à faire.

Expérimenter

Seule l'expérience, la vôtre, peut donner sens et réalité au contenu de ce livre qui sinon restera pour

vous lettre morte. N'oubliez pas cependant qu'il s'agit de modèles, d'hypothèses. Je vous encourage donc à adopter une attitude *a priori* agnostique. Elle est salutaire. Je vous propose de tenter l'expérience et de laisser la conscience évoluer en fonction de ce que vous percevrez et découvrirez en chemin.

Hâtez-vous lentement. Ces expériences changent l'expérimentateur et réveillent oppositions cachées et vieux refus. Aller trop vite aggrave les résistances, voire les fait naître ; pensez au bateau sur l'eau… « *Vous ne pouvez pas aller trop profond, seulement trop vite* » dit Milne (Milne, 1995, 2). Prenez le temps nécessaire à l'expérimentation, au changement de votre être. Lui seul peut changer votre faire.

Intégrer

Intégrer cette approche demande du temps, beaucoup de temps. Aujourd'hui, à cause de notre intérêt pour le *faire* et l'*avoir*, notre attention s'oriente habituellement vers ce qui nous est extérieur, vers l'univers physique. Le temps s'y mesure en cycles qui s'enchaînent inexorablement. Il fuit sans cesse. Nous n'en avons jamais assez. Alors, il faut faire vite. Nous voulons tout, tout de suite.

La pratique tissulaire m'a conduit vers un état de présence, dans lequel le temps n'existe pas, parce que je ne le perçois plus. Le présent, c'est l'arrêt du temps. C'est l'état du *still-point*, moment d'immobilité tranquille, d'intégration, d'*être*. Allez rejoindre cet état aussi souvent que possible, prenez le temps d'être.

Poursuivre

Réfléchissez aux conséquences du concept tissulaire tel qu'il a été développé depuis le début de ce livre. Ce modèle postule que dans le vivant, tout est conscience. Nous pouvons lui appliquer le modèle du cône, l'esprit se situant au sommet, l'univers physique à la base, le soma entre les deux, intégrant ces pôles. « *Loin d'appartenir à deux sphères distinctes séparées par des frontières bien définies, la conscience et la matière semblent engagées dans une danse perpétuelle ; elles interagissent pour former la trame de l'existence. Les derniers développements de la recherche en physique moderne, en biologie, en thermodynamique, dans le cadre de la théorie de l'information et des systèmes et dans d'autres branches de la science contemporaine tendent à confirmer cette conception.* » (Grof, 1996, 149.) Dans le chapitre sur le praticien (cf. p. 253), répondant à une question sur la psyché, j'indiquais que le modèle de conscience sur lequel je m'appuie est porteur d'un tel potentiel d'accroissement continu de cette conscience, que l'intégration unifiée et cohérente de la psyché et du soma en est l'inéluctable résolution. C'est à cette intégration que je vous invite.

L'APPROCHE TISSULAIRE DEMAIN

La recherche dans le domaine de l'être m'a fait passer de l'expérimentation d'un monde solide, à celle d'un monde quasiment plastique, le vivant. La remontée dans le cône opère le passage de la plasticité vers la fluidité. La structure devient alors moins évidente à percevoir, moins facile à discerner, donc à contrôler, et les fulcrums plus difficiles à établir. C'est l'objet actuel de ma recherche avec la conscience. Le chemin n'est pas encore balisé, la recherche est en cours…

> « *Je trouve en l'homme un univers en miniature. Je trouve la matière, le mouvement et l'esprit.* »
>
> (Still, 1998, 306.)

EN GUISE D'ÉPILOGUE

Je voudrais, pour terminer, présenter un texte de Hugh Milne intitulé *Motifs* (Milne, 1995, 2). Il me semble magistralement résumer l'essentiel de ce qui a été développé au long de ce livre.

- Apprenez à être assis, tranquilles, à attendre jusqu'à ce que votre poussière soit retombée, et que votre air se soit éclairci. Attendez la profonde tranquillité. Alors, commencez.
- Par-dessus tout, allez lentement.
- Développez une perception et une compréhension intuitives de chaque chose. Prêtez attention à toute chose, particulièrement aux petites. Changer les petites choses permet souvent de grandes améliorations.
- Traitez chacun et chaque partie de chacun de la même manière. Chaque cellule du corps possède une conscience. Chaque minuscule structure du corps est un hologramme.
- Plus nous focalisons notre conscience dans le présent, plus notre perception du temps ralentit, plus grande devient notre perception du mouvement crânien. Cela est une expansion de conscience, un « élargissement du moi ». Dans cet état, vous voyez ce qui trouble chacun. Ne tentez même pas cela en état de conscience ordinaire.
- La présence est beaucoup plus importante que la technique. Les débutants veulent apprendre toujours plus de techniques. Lorsque vous deviendrez un maître, une seule technique suffira.
- C'est merveilleux de voir combien peu peut faire beaucoup.
- Demandez la permission de toucher la tête du patient. Alors, placez vos mains et attendez. Attendez que la tête vous dise quoi faire. Si elle vous dit de ne rien faire, ne faites rien.
- Vous ne pouvez pas aller trop profond, seulement trop vite.
- Demandez de l'aide spirituelle après que vous avez fait de votre mieux. Lorsque vous ne savez pas quoi faire, allez boire une tasse de thé[1].
- Méditez, vivez simplement, soyez en repos, et faites ce que vous avez à faire avec maîtrise.
- Faites votre travail, puis retirez-vous.

1. Expression typiquement anglaise qui signifie : « Laissez tout, allez faire autre chose et revenez plus tard quand tout aura décanté. »

BIBLIOGRAPHIE

Abehsera, Alain. 1986. *Traité de médecine ostéopathique. Histoire et principes de l'ostéopathie à ses débuts.* Charleroi [Belgique] : Omc s. a., coll. « Sbortm », 236 p.

Aivanhof, Mikhaïl. 1992. *Le cercle, le centre et la périphérie.* Fréjus : Prosveta, 272 p., Isbn : 2-85566-351-2.

Aymeric, Claire. 1999. *Le foie influence-t-il l'axe crânio-sacré ?* Mémoire de fin d'études d'ostéopathie, Collège ostéopathique de Montpellier (Com), juin 1999, 154 p.

Aurobindo, Sri. 1975. *Pensées et aphorismes.* Paris : Buchet-Chastel, Isbn : 2-7020-1648-0.

Bach, Richard. 1978. *Le Messie récalcitrant*, Paris : Flammarion, 162 p., Isbn : 2-08-064014-3.

Balint, Michael. 1973. *Le médecin, son malade et la maladie*, trad. de l'angl. par J.-P. Valabrega, Paris : Petite Bibliothèque Payot, coll. « Science de l'Homme », n° 86, 430 p., Isbn : 2-228-30867-6.

Barral, Jean-Pierre ; Mercier, Pierre. 1983. *Manipulations viscérales 1.* Paris : Frison-Roche, coll. « Médecine ostéopathique », 234 p.

Bateson, Gregory ; Bateson, Mary Catherine. 1989. *La Peur des anges.* Paris : Le Seuil, 302 p., Isbn : 2-02-010893-3.

Bateson, Gregory ; Ruesch, Jurgen. 1988. *Communication et société.* Paris : Le Seuil, 350 p., Isbn : 2-02-029335-3.

Baudin, Patrick ; Tora, Marie. 1995. *La Respiration holotropique.* Barrets-le-Bas [France] : Le Souffle d'Or, 190 p., Isbn : 2-84058-059-2.

Bel, François. 2000. « William Garner Sutherland a-t-il été influencé par Walter Russell ? », *ApoStill, le Journal de l'Académie d'ostéopathie*, n° 6 (mars), 14-22.

Bouchon-Meunier, Bernadette. 1993. *La Logique floue.* Paris : Puf, coll. « Que sais-je ? », n° 2709, 126 p., Isbn : 2-13-045007-5.

Bousquet, Jacqueline. 1992. *Au Cœur du vivant.* Saint-Michel-de-Boulogne [France] : Saint-Michel, 224 p., Isbn : 2-902450-040-0.

Brandt, Thure. 1991. *Traitement des maladies des femmes.* Paris : Avenir des Sciences, 220 p., Isbn : 2-9100889-02-9.

Brennan, Barbara Anne. 1993. *Le Pouvoir bénéfique des mains.* Paris : Sand, 506 p., Isbn : 2-7107-0520-06.

Brinette, Jean-Louis. 1992. *Étiomédecine.* Mulhouse : Seef, 238 p., Isbn : 2-9506698-0-8.

Brooks, Rachel (ed.). 1997. *Life in Motion. The Osteopathic Vision of Rollin E. Becker, D.o.* Portland [Oregon, États-Unis] : Rudra Press, 374 p., Isbn : 0-915801-82-5.

Brooks, Rachel (ed.). 2000. *The Stillness of Life. The Osteopathic Philosophy of Rollin E. Becker, D.o.* Portland [Oregon, États-Unis] : Stillness Press, 272 p., Isbn : 0-967551-1-2.

Bulla de Villaret, Hélène. 1992. *Introduction à la sémantique générale de Korzybski.* Paris : Le Courrier du Livre, 190 p., Isbn : 2-7029-0266-9.

Caporossi, Roger ; Peyralade, Francis. 1992. *Traité pratique d'ostéopathie crânienne.* Aix-en-Provence : De Verlaque, 800 p., Isbn : 2-87644-026-1.

Capra, Fritjof. 1979. *Le Tao de la physique.* Paris : Sand, 320 p., Isbn : 2-710703238.

Capra, Fritjof. 1990. *Le Temps du changement.* Paris : Éditions du Rocher, 408 p., Isbn : 2-268-01655-2.

Carrel, Alexis. 1935. *L'Homme, cet inconnu.* Paris : Plon, 380 p.

Cayrol, Alain ; Saint-Paul, Josyane de. 1984. *Derrière la magie. La programmation neurolinguistique.* Paris : InterÉditions, 230 p., Isbn : 2-7296-0078-7.

Chalvin, Dominique. 1991. *Utiliser tout son cerveau.* Paris : Esf, 192 p., Isbn : 2-7101-0653-1.

Chopra, Deepak. 1991. « La Perception du réel ». *The Sovereign Scribe*, vol. 1, n° 21, P.P. Box 350, McKenna, WA 98558.

Chopra, Deepak. 1990. *Le Corps quantique.* Paris : InterÉditions, 302 p., Isbn : 2-7296-0317-4.

Clark, Glenn. 1996. *The Man who Tapped the Secrets of the Univers.* Swannanoa [Virginie, États-Unis] : University of Science and Philosophy, 62 p.

Combe, Yvon. 1993. *Au cœur de la pensée.* Paris : Altess, 200 p., Isbn : 2-905219-55-6.

Conte, R. ; Berliocchi, H. ; Lasne, Y. ; Vernot, G. 1996. *Théories des hautes dilutions.* Paris : Polytechnica, 164 p., Isbn : 2-84054-045-2.

Cyrulnik, Boris. 1997. *Sous le signe du lien.* Paris : Hachette coll. « Pluriel », 320 p., Isbn : 2-01-278871-8.

Defrance de Tersant, Christian. 1998. « Théorie vertébrale du crâne », *Thinking*, n° 4, Bruxelles [Belgique] : Sutherland Cranial Academy of Belgium, 32-37.

Deshaies, Bruno. 1992. *Méthodologie de la recherche en sciences humaines.* Chomodey, Laval [Québec] : Beauchemin Itée, 400 p., Isbn : 2-7616-0487-7.

Desjardins, Arnaud. 1972. *Les Chemins de la sagesse.* Paris : La Table Ronde, t. 1, 206 p., t. 2, 208 p., t. 3, 254 p.

Desjardins, Denise. 2001. *Le Lying.* Paris : La Table Ronde, 328 p., Isbn : 2-7103-2419-9.

Duhamel, Jérôme ; Mouttapa, Jean. 1998. *Dictionnaire inattendu de Dieu.* Paris : Albin Michel, 470 p., Isbn : 2-226-10578-6.

Duval, Jacques Andréva. 1976. *Introduction aux techniques ostéopathiques d'équilibre et d'échange réciproque.* Paris : Maloine, 88 p., Isbn : 2-224-00266-1.

Duval, Jacques Andréva. 1998. Interview de J. A. Duval. *Thinking*, n° 4, Bruxelles [Belgique] : Sutherland Cranial Academy of Belgium, 3-5.

Favre, François. 1994. *Dictionnaire des idées non reçues.* Paris : Bordas et fils, 544 p., Isbn : 2-86311-256-2.

Fontaine, Janine. 1980. *Médecin des trois corps.* Paris : Robert Laffont, 352 p., Isbn : 2-221-00405-1.

Fromm, Erich. 1978. *Avoir ou être ?*, Paris : Robert Laffont, 244 p., Isbn : 2-221-00127-3.

Fryette, Harrison H. 1983. *Principes des techniques ostéopathiques*, trad. de l'améric. par A. Abehsera et F. Burty, Bruxelles : Société belge d'ostéopathie, 332 p.

Frymann, Viola M. 1998. *Papers of Viola M. Frymann, D.O. Legacy of osteopathy to children.* Ann Arbor [Michigan, États-Unis] : American Academy of Osteopathy, 360 p., Isbn : 0-940668-07-6PB.

Fulford, Robert C. 1979. « The Search for an Answer. Sutherland Memorial Lecture ». *Cranial Letter*, Cranial Academy.

Gendron, Ginette. 1999. « Science ou philosophie ? ». *Midline*, n° 1 (octobre), Montréal [Québec] : Société Sutherland du Canada, 22-17.

Gevitz, Norman. 1997. « Visible and known, the osteopathic invisibility syndrome and the solution of two per cent ». *The AOA Journal*, vol. 97, n° 3 (mars), 168-170.

Grin, Arnaud. 1997. *L'activation du cerveau droit, son utilité dans l'approche ostéopathique.* Mémoire de fin d'études d'ostéopathie, Collège Atman. Juin 1997.

Grof, Stanislav. 1996. *L'Esprit holotropique.* Paris : Éditions du Rocher, 312 p., Isbn : 2-268-02403-2.

Guillebaud, Philippe. 2001. *Le Principe d'humanité.* Paris : Le Seuil, 384 p., Isbn : 2-02-047434-4.

Hamer, Ryke Geerd. 1999. *La Médecine nouvelle.* Chambéry [France] : Amici di Dirk, 334 p., Isbn : 2-905661-12-1.

Hampden Turner, Charles. 1990. *Atlas de notre cerveau.* Paris : Les Éditions d'Organisation, 226 p., Isbn : 1-7081-0935-9.

Hématy, Françoise. 2001. *Le T.O.G. Du traitement ostéopathique général à l'ajustement du corps.* Vannes : Sully, 224 p., Isbn : 2-911074-36-x.

Herniou, Jean-Claude. 1998. « Le mécanisme respiratoire primaire n'existe pas ». *Aesculape. Revue internationale des médecines non conventionnelles*, n° 10 (janvier-février), 18-20, Issn : 1277-5932.

Herrmann, Ned. 1992. *Les Combinaisons cérébrales et la créativité.* Paris : Retz, 368 p., Isbn : 2-7256-1408-2.

Heudin, Jean-Claude. 1998. *L'évolution au bord du chaos.* Paris : Hermès, 186 p., Isbn : 2-86601-671-8.

Hildreth, Arthur A. 1942. *The Lengthening Shadow of Dr Andrew Taylor Still.* Kirskville [Missouri, États-Unis] : Simpson Printing Company, 458 p.

Hugo, Victor. 1980. *Les Travailleurs de la mer.* Paris : Gallimard, coll. « Folio », 632 p., Isbn : 2-07-037197-2.

Janov, Arthur. 1993. *Le Cri primal.* Paris : Flammarion, Isbn : 2-08081-032-4.

Jealous, James. 1997. *Ostéopathie biodynamique. Phases 1 et 2*, polycopié de cours, chez l'auteur.

Jealous, James. 1999. *Émergence de l'originel*, polycopié de cours, chez l'auteur, 144 p.

Kimberly, Paul E. 2001. « Liquide céphalo-rachidien et mécanisme respiratoire primaire : mise au point », trad. de l'améric. par Vi. Himsworth, *ApoStill, le Journal de l'Académie d'ostéopathie*, n° 8 (printemps), 34-35.

Kordon, Claude. 1991. *Le Langage des cellules.* Paris : Hachette, 108 p., Isbn : 2-01-016095-9.

Korzybski, Alfred. 1949. *Time-binding: the general theory. Two Papers: 1924-1926*, chez l'auteur, Lakeville [Conn., États-Unis] : Institute of General Semantics.

Korzybski, Alfred. 1950. *What I believe. Manhood of humanity* (2e ed.), chez l'auteur, Lakeville [Conn., États-Unis] : Institute of General Semantics.

Korzybski, Alfred. 1951. *Le rôle du langage dans les processus perceptuels.* New-York : Ronald Press Company.

Korzybski, Alfred. 1995. *Science and Sanity: an Introduction to Non-Aristotelian Systems and General Semantics.* New-York : Institute of General Semantics, 800 p., Isbn : 0-937298-01-8.

Korzybski, Alfred. 1998. *Une carte n'est pas le territoire. Introduction à la sémantique générale et aux systèmes non aristotéliciens.* Paris : Éditions de l'Éclat, 190 p., Isbn : 2-84162-029-8.

Kramer, Edward L. 1983. *Les Chemins vers la puissance.* Saint-Jean-de-Braye : Dangles, 236 p., Isbn : 2-7033-0097-2.

Krishnamurti. 1994. *Se libérer du connu.* Paris : Stock, coll. « Livre de Poche », 128 p., Isbn : 2-253-13820-7.

Lassus, René de. 1992. *La communication efficace par la PNL.* Marabout, Alleur (Belgique), 284 p., Isbn : 2-501-01681-5.

Law, Christopher Hewson. 1989. *The GOT in Context.* Maidstone [Kent, G.-B.] : Diploma of Osteopathy of the European School of Osteopathy (Eso-Eeo), 54 p.

LE BERRE, NICOLAS. 1990. *Le lait, une sacrée vacherie ?*, Condé-sur-Noireau : Équilibres Aujourd'hui, 126 p., ISBN : 2-87724-056-8.

LEBOYER, FRÉDÉRICK. 1974. *Pour une naissance sans violence.* Paris : Le Seuil. 156 p., ISBN : 2-0200-5576-7.

LECOMTE DU NOÜY, PIERRE. 1939. *L'Homme devant la science.* Paris : Flammarion, 284 p.

LECOURT, DOMINIQUE. 1992. *L'Amérique entre la Bible et Darwin.* Paris : PUF, coll. « Quadrige », 230 p., ISBN : 2-13-048905-2.

LE NOUVEL, ÉRIC (ÉD.).2001. *L'Art de vivre au présent.* Paris : Albin Michel, coll. « Espaces libres », 240 p., ISBN : 2-226-12138-2.

LITTLEJOHN, JOHN MARTIN. 1999. « Principes de l'ostéopathie », *ApoStill, le Journal de l'Académie d'ostéopathie*, trad. de l'angl. par P. Tricot, n° 4 (octobre), 32-46.

LITTLEJOHN, JOHN MARTIN. 2000. « L'ostéopathie, science biologique », *ApoStill, le Journal de l'Académie d'ostéopathie*, trad. de l'angl. par P. Tricot, n° 5 (janvier), 30-34.

MAGOUN, HAROLD IVES. 1966, 1976. *Osteopathy in the Cranial Field*, 3e éd., Kirksville [Missouri, États-Unis] : Journal Printing Company, 368 p., Card Nb 76-11297.

MAGOUN, HAROLD IVES. 2000. *Ostéopathie dans le champ crânien - Édition originale 1951 approuvée par William Garner Sutherland*, trad. de l'améric. par H. O. Louwette, Vannes : Sully, 288 p., ISBN : 2-911074-26-2.

MASIELLO, DOMENICK. 2000. « Ostéopathie, une perspective philosophique », trad. de l'améric. par M. Gabutti et alii, *ApoStill, le Journal de l'Académie d'ostéopathie*, n° 6 (mars), 21-35.

MENDOZA, JUAN DE. 1996. *Deux hémisphères, un cerveau.* Paris : Flammarion, ISBN : 2-08-035463-9.

MILNE, HUGH. 1995. *The Heart of Listening. A Visionary Approach to Craniosacral Work.* Berkeley [Californie, États-Unis] : North Atlantic Books, 218 p. (vol. 1), ISBN : 1-55643-279-8. 324 p. (vol. 2), ISBN : 1-55643-280-1.

MOLES, ABRAHAM ; ZELTMANN, CLAUDE. 1971. *La Communication.* Paris : Bibliothèque du Centre d'étude et de promotion de la lecture, 576 p.

MONOD, JACQUES. 1970. *Le Hasard et la nécessité.* Paris : Le Seuil, ISBN : 2-02-002812-3.

MORIN, EDGAR ; LE MOIGNE, JEAN-LOUIS. 1999. *L'Intelligence de la complexité.* Paris : L'Harmattan, 332 p., ISBN : 2-7384-8085-3.

MORIN, EDGAR ; LE MOIGNE, JEAN-LOUIS. 1990. *Introduction à la pensée complexe.* Issy-Les-Moulineaux (France) : ESF, 158 p., ISBN : 2-71101-0800-3.

MOSS, RICHARD. 1996. *Le deuxième Miracle. Intimité, spiritualité et relation consciente.* Barret-le-Bas [France] : Le Souffle d'Or, coll. « Chrysalide », 310 p., ISBN : 2-84058-081-0.

NORMINTON, TIM (COMPILED BY). 1998. *A Littlejohn companion.* Maidstone [Kent, G.-B.] : Maidstone College of Osteopathy, 96 p.

OSTRANDER, SHEILA ; SCHROEDER, LYNN. 1977. *Nouvelles recherches sur les phénomènes psi.* Paris : Robert Laffont, 364 p.

PANAFIEU, JACQUES DE. 1989. *La Rebirth-thérapie.* Paris : Retz-Press Pocket, 206 p., ISBN : 2-266-05109-1.

PANAFIEU, JACQUES DE. 1999. *La clarification, méthode de libération.* Meschers [France] : Bernet Danilo, 62 p., ISBN : 2-912663-18-0.

PARKER, PHIL. 1998. « Fulcrums, mémoire tissulaire, parentèle et décès ». *The inner Physician. An Electronic Journal for osteopaths working in the cranial field.* http://freespace.virgin.net/big.phil/ip.htm

PARKINSON, C. NORTHCOTE. 1983. *Les Lois de Parkinson.* Paris : Robert Laffont, 248 p., ISBN : 2-221-01173-2.

PEARSON, DURK ; SHAW, SANDY. 1993. *Life Extension.* Paris : Anne Carrière, 640 p., ISBN : 2-88424-012-8.

PETER, LAURENCE J. 1973. *Les Ordonnances de Peter.* Paris : Stock, 252 p.

PEZÉ, J. ; ROCHE DE COPPENS, P. 1993. *L'Alternance instinctive.* Montréal [Québec] : Louise Courteau, 220 p., ISBN : 2-89239-161-x

POINCARÉ, HENRI. 1968. *La science et l'hypothèse.* Paris : Flammarion, 252 p., ISBN : 2-08-081056-1.

PRIGOGINE, ILYA ; STENGERS, ISABELLE. 1979. *La Nouvelle Alliance.* Paris : Gallimard, coll. « Folio », 440 p., ISBN : 2-07-032324-2.

PRIGOGINE, ILYA. 1996. In Robert C. Christian-Leroy, *Intuitions*, n° 33 (avril-mai), p. 16.

RACLE, GABRIEL. 1983. *La Pédagogie interactive.* Paris : Retz, 206 p., ISBN : 2-7256-1058-3.

REEVES, HUBERT. 1986. *L'heure de s'enivrer. L'univers a-t-il un sens ?*, Paris : Le Seuil, 280 p., ISBN : 2-02-019114-8.

REEVES, H. ; ROSNAY, J. DE ; COPPENS, Y. ; SIMONNET, D. 1996. *La plus belle histoire du monde.* Paris : Le Seuil, 166 p., ISBN : 2-02-026440-4.

ROBBINS, ANTONY. 1989. *Pouvoir illimité.* Paris : Robert Laffont, 398 p., ISBN : 2-221-08705-4.

RUSSEL, WALTER. 1953. *A New Concept of the Universe.* Swannanoa [Virginie, États-Unis] : The University of Science and Philosophy, 178 p.

RUSSEL, WALTER. 1971-1994. *The Secret of Light.* Swannanoa [Virginie, États-Unis] : The University of Science and Philosophy, 302 p.

SATPREM. 1981. *Le Mental des cellules.* Paris : Robert Laffont, 198 p., ISBN : 2-221-00678-x.

SATPREM. 1995. *Sri Aurobindo ou l'Aventure de la Conscience. I.* Paris : Buchet-Chastel, 422 p., ISBN : 2-70201-309-0.

SATPREM. 1976. *Mère, II. L'espèce nouvelle.* Paris : Robert Laffont, 568 p., ISBN : 2-221-00174-5.

SAUCET, MICHEL. 1996. *La Sémantique générale aujourd'hui.* Paris : Le Courrier du Livre, 188 p., ISBN : 2-7029-0199-9.

Schmitt, Isabelle. 2000. *Évolution de la perception chez William Garner Sutherland.* Mémoire de fin d'études d'ostéopathie, Collège ostéopathique français (Cof), décembre 2000, 234 p.

Schnucker, R. V. 1991. *Early Osteopath.* Kirksville [Missouri, États-Unis] : The Thomas Jefferson University Press, 382 p., Isbn : 0-943549-11-6.

Selye, Hans. 1978. *The Stress of Life.* New-York [États-Unis] : Mc Grew Hill, 516 p., Isbn : 0-07-056212-1.

Sheldrake, Rupert. 1985. *Une Nouvelle Science de la vie.* Monaco : éditions du Rocher, 234 p., Isbn : 2-268-00355-8.

Sheldrake, Rupert. 1988. *La Mémoire de l'univers.* Monaco : éditions du Rocher, 186 p., Isbn : 2-268-00-838-x.

Sills, Franklin. 1991. *Équilibrer l'énergie vitale par la polarité.* Barret-le-Bas [France] : Le Souffle d'Or, 248 p., Isbn : 2-904670-45-9.

Sills, Franklin. 1997. « Biokinetics, Biodynamics and Intent in Craniosacral Work », *Positive Health*, n° 19 (avril-mai), www.craniosacral.co.uk/articles.htm_wilson:1998

Sorrel, Margaret A. 1999. « L'ostéopathie crânienne de Charlotte Weaver », trad. de l'angl. par François Bel, *ApoStill, le Journal de l'Académie d'ostéopathie*, n° 6 (mars), 47-56.

Sorrel, Margaret A. 2001. « L'ostéopathie crânienne de Charlotte Weaver », trad. de l'américain. par P. Blanvillain, *ApoStill, le Journal de l'Académie d'ostéopathie*, n° 8 (printemps), communication à la Tribune de l'Ao, Bordeaux, 7 oct. 2000, 85-89.

Spencer, Herbert. 1877. *Principes de biologie*, trad. de l'angl. par E. Cazelles, t. 1 (600 p.) et 2 (672 p.), Paris : Germer Baillières.

Spencer, Herbert. 1895. *Premiers principes*, trad. de l'angl. par E. Cazelles, Paris : Félix Alkan, 500 p.

Spencer, Herbert. 1987. *Autobiographie.* Paris : Puf, 550 p., Isbn : 2-13-039915-0.

Stapfer, Henri. 1994. *Anthologie gynécologique.* Paris : Avenir des Sciences, 272 p., Isbn : 2-910089-07-x.

Still, Andrew Taylor. 1892-1902. *Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy.* Kansas City [Missouri, États-Unis] : Hudson-Kimberly Pub., 320 p.

Still, Andrew Taylor. 1998. *Autobiographie*, trad. de l'américain. par P. Tricot, publié sous l'égide de l'Académie d'ostéopathie de France, Vannes : Sully, 364 p., Isbn : 2-911074-08-04.

Still, Andrew Taylor. 1999. *Philosophie de l'ostéopathie*, trad. de l'américain. par P. Tricot, publié sous l'égide de l'Académie d'ostéopathie de France, Vannes : Sully, 222 p., Isbn : 2-911074-16-5.

Still, Andrew Taylor. 2001. *Ostéopathie. Recherche et pratique*, trad. de l'américain. par Iwgs 1976, révisé par P. Tricot, publié sous l'égide de l'Académie d'ostéopathie de France, Vannes : Sully, 318 p., Isbn : 2-911074-29-7.

Still, Charles E. Jr. 1991. *Frontier Doctor, Medical Pioneer. The life and Times of A. T. Still and His Family.* Kirksville [Missouri, États-Unis] : The Thomas Jefferson University Press, 288 p., Isbn : 0-943549-3-2.

Stone, Randolph. 1986. *Polarity Therapy.* Tome 1, Summertown [États-Unis] : Crcs Publications, 116 p., Isbn : 1-57067-079-x.

Strand Sutherland, Adah. 1962. *With Thinking Fingers. The story of William Garner Sutherland, D.o.*, D. Sc. (Hon.). The Cranial Academy, 100 p., Isbn : 0-915801-26-4.

Strand Sutherland, Adah ; Wales, Anne (ed.). 1998. *Contributions of Thought.* Portland [États-Unis] : Rudra Press, 312 p., Isbn : 0-915801-74-4.

Sutherland, William Garner. 1939. *The Cranial Bowl.* Mankato [Minnesota, États-Unis] : Free Press Company, 140 p.

Talbot, Michael. 1984. *Mysticisme et physique nouvelle.* Paris : Le Mail - Mercure de France, 234 p., Isbn : 2-7152-0182-6.

Tidière, Patrice. 2001. « Jactatio capitis nocturna ». *ApoStill, le Journal de l'Académie d'ostéopathie*, n° 8 (printemps), 8-30.

Tompkins, Peter ; Bird, Christopher. 1989. *The Secret Life of Plants.* New York : Harper and Collins Publishers, 402 p., Isbn : 0-060915870.

Tournebise, Thierry. 1995. *Se comprendre avec ou sans mots.* Saint-Jean-de-Braye [France] : Dangles, 318 p., Isbn : 2-7033-0437-4.

Tricot, Pierre. 1998. « Le 22 juin 1874 ». *ApoStill, le Journal de l'Académie d'ostéopathie*, n° 2 (octobre), 31-40.

Tricot, Pierre. 1999. « Disciples de Colomb ». *Le Midline. Première revue canadienne d'ostéopathie*, Québec [Canada], n° 1, Société Sutherland du Canada, 11-19.

Tricot, Pierre. 1999. « Philosophie de l'ostéopathie. Naissance et développement d'un concept », *ApoStill, le Journal de l'Académie d'ostéopathie*, n° 3 (mars), 4-9.

Tricot, Pierre. 2000. « Le mécanisme respiratoire primaire existe-t-il ? », *ApoStill, le Journal de l'Académie d'ostéopathie*, n° 6 (mars), 36-46.

Trowbridge, Carol. 1999. *La Naissance de l'ostéopathie. Vie et œuvre d'Andrew Taylor Still*, trad. de l'américain. par J.-H. Francès et P. Tricot, publié sous l'égide de l'Académie d'ostéopathie de France, Vannes : Sully, 296 p., Isbn : 2-911074-21-1.

Truhlar, Robert E. 1950. *Still in the Living.* Chez l'auteur, 150 p.

Wales, Anne (ed.). 1990. *Teachings in the Science of Osteopathy.* Portland [États-Unis] : Rudra Press, 312 p., Isbn : 0-915801-26-4.

Watzlawick, Paul ; Weakland, John ; Fisch, Richard. 1975. *Changements. Paradoxes et psychothérapie.* Paris : Le Seuil, 190 p., Isbn : 2-02-002723-2.

Watzlawick, Paul. 1978. *La réalité de la réalité.* Paris : Le Seuil, coll. « Points », 240 p., Isbn : 2-02-006804-4.

Watzlawick, Paul. 1984. *Faites vous-même votre malheur.* Paris : Le Seuil, 124 p., Isbn : 2-02-006992-x.

Watzlawick, Paul ; Nardone, Giorgio. 1993. *L'Art du changement.* Paris : L'Esprit du Temps, Isbn : 2-908206-30-7.

Weaver, Charlotte. 1936. « The Cranial Vertebrae ». *Journal of Aoa*, n° 35, mars 1936, 328-336 (part 1) ; n° 36, avril 1936, 374-379 (part 2).

Weaver, Charlotte. 1936. « Etiologic Importance of the Cranial Intervertebral Articulation ». *Journal of Aoa*, n° 39, juillet 1936, 515-525.

Weaver, Charlotte. 1938. « Traumatization of the Plastic Basicranium Other than Obstetrical ». *Journal of Aoa*, mars 1938, 298-303.

Weaver, Charlotte. 1938. « The Three Primary Brain Vesicles and the Three Cranial Vertebrae ». *Journal of Aoa*, avril 1938, 345-50 (part 1), mai 1938, 402-409 (part 2), juin 1938, 454-459 (part 3), juillet 1938, 511-518 (part 4).

Werber, Bernard. 2000. *L'Encyclopédie du savoir relatif et absolu.* Paris : Albin Michel, 220 p., Isbn : 2-226-12041-6.

Wernham, John. 1999. « Interview de John Wernham ». *Apo-Still, le Journal de l'Académie d'ostéopathie*, n° 4 (octobre), 47-50.

Yatchinovsky, Arlette. 1999. *L'approche systémique.* Issy-les-Moulineaux [France] : Esf, 168 p., Isbn : 2-7101-1321-x.

Zartarian, Vahé ; Castello, Martine. 1994. *Nos Pensées créent le monde.* Paris : Robert Laffont, 304 p., Isbn : 2-221-07802-0.

GLOSSAIRE

« Si j'étais chargé de gouverner,
je commencerais par rétablir le sens des mots. »
(Attribué à Confucius.)

Selon le modèle de la carte et du territoire, le mot, représentation symbolique de quelque chose, constitue lors de la verbalisation ou de l'expression écrite, un maillon essentiel de la chaîne de compréhension d'un sujet : un mot mal compris ou auquel on accorde un sens différent de celui qui lui est assigné, joue le rôle de maillon faible dans le cheminement logique du raisonnement, et conduit à une difficulté d'intégration des données présentées.

Mon attachement aux mots vient de l'expérience personnelle vécue avec eux. En cherchant à mieux définir des mots aussi courants qu'*espace*, *temps*, *énergie*, *conscience*, *être*, *perception*, *vie*, *vivant*, *santé*, etc., je me suis rendu compte du flou régnant dans ma pensée. Définir les mots est alors devenu pour moi un exercice particulièrement formateur et stimulant, source de découvertes souvent inattendues. Je recommande cette expérience à tous ceux qui veulent préciser leurs concepts.

La constatation de l'imprécision ou de la variation du sens d'un même mot selon la personne qui l'utilise et le contexte dans lequel il est employé m'a poussé à concevoir un glossaire dans lequel sont regroupés les mots essentiels utilisés dans ce texte. Que le lecteur, cependant, ne se méprenne pas : l'idée n'est pas d'imposer le sens d'un mot tel que je le conçois, mais simplement d'indiquer clairement le sens qui lui est assigné dans le contexte d'utilisation. Il s'agit de créer un consensus, d'autant plus nécessaire que le mot peut posséder différents sens.

Absolu. adj. (lat. *absolutus*, « achevé ») **1/** Total, complet, sans réserves. **2/** Sans nuances ni concessions. **3/** Qui tient de soi-même sa propre justification ; sans limitation.

Absolu. n. m. Ce qui existe indépendamment de toute condition (par opposition à relatif).

Abstraction. n. f. Action d'abstraire, d'isoler, de séparer mentalement (un élément, une propriété d'un objet) afin de les considérer à part ; résultat de cette action. Être conscient de sa conscience est une abstraction : l'être se voit exister.

Accord. n. m. (lat. populaire *accordare* pour *concordare* de *cordi*, « cœur » ou de *chorda*, « corde » en musique) **1/** État résultant d'une communauté ou d'une conformité de pensée. **2/** Le fait d'établir des caractéristiques communes permettant un échange. Par exemple, l'accord d'un émetteur et d'un récepteur sur la même fréquence ou la même longueur d'onde. **3/** Également, matière de la communication, sujet sur lequel on communique. On peut également parler de *syntonisation* ou de *synchronisation*. Cf. *Syntonisation*, *Synchronisation*.

Action. n. f. (lat. *actio*) **1/** Ce que fait quelqu'un ou par quoi il réalise une intention ou une impulsion. **2/** Fait de produire un effet, manière d'agir sur quelqu'un ou quelque chose.

Agrégat. n. m. (lat. *grex*, *gregis*, « troupeau ») **1/** Assemblage hétérogène de substances ou éléments qui adhèrent solidement entre eux. **2/** Total, grandeur caractéristique que l'on établit à partir de données fournies par divers comptes. Cf. *Composite*.

Anamnèse. n. f. (gr. *ana*, « en arrière, à rebours », et *mnêmê*, « mémoire ») Évocation volontaire du passé. En médecine, concerne les renseignements que fournit un patient interrogé sur son passé.

Anamnèse dynamique. n. f. (néol.) Dans l'approche tissulaire, interprétation par la palpation des réactions survenant dans

la structure corporelle du patient lorsqu'il évoque ses difficultés ou répond aux questions du praticien.

Aphysiologique. adj. néol. (de *physiologique* et *a* privatif) Désigne un phénomène ou une manifestation qui n'est pas physiologique, sans pour autant être pathologique.

Atavisme. n. m. (lat. *atavi*, « ancêtres », pl. de *atavus*, « quatrième aïeul ») **1/** Forme d'hérédité dans laquelle l'individu hérite de caractères ancestraux qui ne se manifestaient pas chez ses parents immédiats ; réapparition d'un caractère primitif après un nombre indéterminé de générations. **2/** Hérédité biologique des caractères psychologiques.

Attention. n. f. (lat. *attendere*, « tendre vers ») **1/** Concentration de l'activité mentale sur un objet déterminé. **2/** Capacité de l'être à sélectionner, parmi l'ensemble des influx qui lui parviennent, ceux qui l'intéressent tant pour ce qui concerne leur qualité (son, vue, goût, toucher, etc.) que leur localisation dans l'espace. **3/** Le contrôle de l'attention est relié à la maîtrise de l'espace de perception. **4/** Projection de la conscience (« je ») dans l'espace physique, déterminant d'une part un espace virtuel fermé – un champ d'attention – dans lequel elle perçoit, et discriminant d'autre part les stimuli sensoriels auxquels elle s'intéresse. Avec l'attention, « je » détermine d'*où* il perçoit (espace) et *ce qu'il* perçoit (type de stimulus). Cf. *Intention*.

Autodidacte. n. m. et adj. (gr. *didaskein*, « enseigner ») Qui s'est instruit par lui-même. La vie est un processus autodidacte par essence.

Avoir. v. tr. Posséder.

Avoir. n. m. L'effet, le résultat d'une cause. Le résultat d'un faire. Dans le modèle logique cause/effet, un des trois niveaux fondamentaux de l'existence : un être fait pour avoir. Cf. *Cause*, *Effet*, *Être*, *Faire*.

Binaire. adj. (lat. *binarius*, de *bini*, « deux par deux ») **1/** Qui met en jeu deux éléments. **2/** Qui procède de façon simpliste, manichéenne. Un raisonnement binaire. **3/** Math. Numération binaire, qui a pour base le nombre deux, et n'a que deux chiffres, le zéro et l'unité.

Biocommunication. n. f. (lat. *bio*, « vie », et *communication*) Possibilités informationnelles et énergétiques des êtres vivants et de leur environnement n'utilisant pas la médiation des organes des sens normaux.

Biodynamique. adj. (gr. *bios*, « vie », et *dunamikos*, de *dunamis*, « puissance ») En ostéopathie, la considération de l'organisme vivant comme mû par une puissance inhérente se manifestant par la mobilité et la motilité tissulaires. L'organisme est considéré comme fluide ou plastique, centré sur des fulcrums.

Biomécanique. adj. (gr. *bios*, « vie », et *mêkhanê*, « machine ») En ostéopathie, la considération de l'organisme vivant comme un système mécanique. L'organisme est considéré comme constitué de leviers mobiles sur des axes.

Cas. n. m. (lat. *casus*, « événement », de *cadere*, « tomber ») **1/** Ce qui arrive ou est supposé arriver. **2/** État et évolution de l'état d'un sujet, du point de vue médical. **3/** Dans le concept tissulaire, état d'un individu, résultant de l'agrégation de consciences et de fulcrums organisés et centrés, auxquels se surajoutent les consciences et fulcrums aphysiologiques qui se sont créés au fur et à mesure de l'histoire de l'individu et dont il n'a pas conscience. Personnalité au sens large.

Cause. n. f. (lat. *causa*) Ce par quoi une chose existe ; ce qui produit quelque chose ; origine, source, principe. Cause et effet constituent un couple logique. Cf. *Effet*.

Centrage. n. m. Action de centrer quelque chose, un objet. Dans nos entraînements, le centrage est l'établissement conscient de la présence de la conscience dans l'ici et le maintenant.

Chose. n. f. (lat. *causa*) **1/** Terme le plus général par lequel on désigne ce qui existe et qui est concevable comme un objet unique. **2/** Réalité matérielle non vivante. Cf. *Objet*.

Cohérence. n. f. (lat. *cohoerens*, de *cohoerere*, « adhérer ensemble ») Liaisons, rapports étroits d'idées, de concepts qui s'accordent entre eux ; absence de contradiction.

Cohérent. adj. (lat. *cohoerens*, de *cohoerere*, « adhérer ensemble ») Qui présente de l'homogénéité. Qui se compose de parties liées et harmonisées entre elles.

Communication. n. f. (lat. *communicatio*, « commerce, relation ») **1/** Fait d'établir une relation avec quelque chose ou quelqu'un. **2/** Échange réciproque d'énergie, d'information, avec conscience et intention.

Complexe. adj. **Complexité.** n. f. (lat. *complexus*, de *complecti*, « contenir ») **1/** Qui se compose d'éléments différents, combinés de manière telle qu'on ne peut saisir facilement les relations et dépendances mutuelles.

Comportement. n. m. (de *comporter*, lat. *comportare*, « transporter ; supporter ») **1/** Manière de se comporter, manière d'être. **2/** Ensemble de réactions observables consécutives à une situation.

Composite. adj. (lat. *compositus*) Formé d'éléments très différents, souvent disparates. Cf. *Agrégat*.

Compréhension. n. f. (lat. *comprehension*, de *comprehendere*) **1/** Faculté de comprendre, d'embrasser par la pensée. **2/** Action de comprendre, de prendre avec soi.

Comprendre. v. tr. (lat. *comprendere*, de *comprehendere*, « saisir ») **1/** Avoir en soi, être formé de ; contenir. **2/** Mettre dans un tout, incorporer. **3/** fig. Appréhender par la connaissance. Concevoir, saisir le sens, faire sien. **4/** Admettre, approuver.

Compression occipitale. loc. f. Technique essentielle de l'approche tissulaire dérivée de la compression du quatrième

ventricule, et dont l'objectif est de fournir un point d'appui à l'organisme pour lui permettre de libérer ses rétentions secondaires. Cf. *Modus operandi*.

Concept. n. m. (lat. *conceptus*, de *concipere*, « recevoir ») Représentation mentale générale et abstraite de quelque chose.

Conditionnement. n. m. Provoquer artificiellement des réflexes ou des comportements conditionnés ou automatiques se manifestant sous forme de réponses automatiques à des stimuli mentaux, intellectuels, etc. Résultat de l'action.

Connaissance. n. f. Fait de connaître, de savoir.

Connaître. v. tr. (lat. *cognoscere*) Avoir présent à l'esprit un objet réel ou vrai (concret ou abstrait, physique ou mental) ; être capable de former l'idée, le concept, l'image de. Cf. *Percevoir*.

Conscience. n. f. (lat. *co* de *cum*, « avec », qui suggère l'association, comme dans *coexistence*, *connaissance*, etc., et *scire*, « savoir ») **1/** Chez l'humain, faculté de connaître sa propre réalité et de la juger. **2/** Plus généralement, conséquence de la décision d'être. Être conscient, c'est exister ; ou exister, c'est être conscient. Les deux sont indissociables. Et vivre, c'est expérimenter l'être ou la conscience. On peut donc dire que tout être vivant du plus simple au plus complexe est conscient. De plus, il fera tout pour conserver sa conscience, c'est-à-dire son état d'être ou d'existence. Des mécanismes parfois très complexes, comme l'immunité et l'homéostasie, trouvent là leur origine.

Consensus. n. m. (lat. *consens*, « accord ») accord entre personnes, consentement.

Conversion. n. f. (lat. *conversio*, « action de se tourner vers Dieu », de *convertere*) Changement, transformation, mutation. **1/** Fait de passer d'une croyance considérée comme fausse à la vérité présumée. **2/** Fait de se changer en autre chose. **3/** Dans l'approche tissulaire, le passage du refus de communiquer à l'acceptation. Ce passage se fait au moment du *still-point* et se manifeste par une expansion de la zone tissulaire qui se libère.

Coordination. n. f. (lat. *coordinatio* de *ordinatio*, « mise en ordre ») Agencement des parties d'un tout selon un ordre logique, pour une fin déterminée.

Couple. n. m. (lat. *copula*, « lien, liaison ») **1/** Deux choses de même espèce. **2/** Paire d'opposés de même nature.

Crâne/bassin/crâne. néol., loc. m. Dans l'approche tissulaire, réalisation successive de la technique globale crânienne, puis pelvienne, puis à nouveau crânienne ayant pour but de réharmoniser le système corporel par rapport à des changements apportés en libérant une ou des densités et de le recentrer sur son axe mécanique, la dure-mère.

Cybernétique. n. f. (gr. *kubernân*, « diriger ») Étude des processus de commande et de communication chez les êtres vivants, dans les machines et les systèmes sociologiques et économiques.

Cycle. n. m. (lat. *cyclus*, du gr. *kuklos*, « cercle ») **1/** Suite ininterrompue de phénomènes qui se renouvellent dans un ordre immuable. **2/** Durée d'une telle suite.

Déduction. n. f. (lat. *deductio*) **1/** Procédé de pensée par lequel on conclut de propositions prises pour prémisses, à une proposition qui en résulte, en vertu de règles logiques. **2/** Raisonnement logique et rigoureux. Cf. *Induction*.

Déduire. n. f. (lat. *deducere*, « faire descendre ») **1/** Exposer en détails suivant un ordre logique. **2/** Conclure en partant de propositions prises pour prémisses.

Délire. n. m. (lat. *delirium*) **1/** État d'un malade qui émet des idées fausses en opposition avec la réalité ou l'évidence. **2/** Désaccord flagrant avec la réalité du plus grand nombre.

Densité. n. f. (lat. *densitas*, « épaisseur ») **1/** Qualité de ce qui est dense, compacité, épaisseur. **2/** Rapport existant entre masse et volume. **3/** Dans l'approche ostéopathique tissulaire, la relation de la matière à l'espace que l'on peut extrapoler en relation énergie/espace. Cf. *Tension*.

Description. n. f. (lat. *descriptio*) Action de décrire, c'est-à-dire d'énumérer les caractères de quelque chose.

Dialectique. n. f. (gr. *dialektikê*, « art de discuter ») **1/** Méthode de raisonnement qui consiste à analyser la réalité en mettant en évidence les contradictions de celle-ci et à chercher à les dépasser. **2/** D'après Hegel, marche de la pensée reconnaissant l'inséparabilité des contradictoires (thèse et antithèse) que l'on peut unir dans une catégorie supérieure. **3/** Opposés s'unissant en un tout opérationnel. Cf. *Couple*, *Être*, *Conscience*.

Dialogique. adj. Qui a la forme d'un dialogue, d'un échange. L'intérêt des couples d'opposés est de faire dialoguer, échanger les deux parties et non de les opposer. Pensée dialogique.

Dialogisme. n. m. (de *dialogue*) Système de pensée dialogique.

Dialogue. n. m. (lat. *dialogus* et gr. *dialogos* de *logos*) **1/** Entretien entre deux personnes. **2/** Échange entre deux pôles de nature opposée.

Dialogue tissulaire. n. f. néol. Le dialogue tissulaire repose sur l'analyse de la manière dont la structure vivante du patient réagit à la projection en elle de l'être praticien et sur la capacité de l'être praticien à modifier la manière dont il se projette par l'attention et l'intention, dans le but d'envoyer une information, pour obtenir une réponse de la structure vivante relative à l'information projetée. L'objectif est ici d'envoyer une information précise et d'analyser la réponse à cette information.

DICHOTOMIE. n. f. (gr. *dikhotomia*, de *dikha*, « en deux parties ») Division, subdivision binaire (entre deux éléments qu'on sépare nettement et qu'on oppose) Par ext. Opposition binaire d'éléments abstraits complémentaires.

DIDACTIQUE. adj. (gr. *didaktikos*, de *didaskein*, « enseigner ») Qui vise à instruire, qui a rapport à l'enseignement.

DIEU. n. m. (lat. *deus*) **1/** Principe d'explication de l'existence du monde conçu comme un être personnel, selon des modalités particulières aux croyances et aux religions. **2/** Dans la conception monothéiste, Dieu pourrait également se concevoir comme Le Centre, La Conscience, « JE », le Fulcrum des fulcrums, etc. **3/** Dans les conceptions polythéistes, un dieu peut être vu comme Centre, « Je », Fulcrum, Conscience, etc.

DISCERNER. v. tr. (lat. *discernere*, « séparer, distinguer ») **1/** Percevoir distinctement un objet, un concept, une idée, de manière à éviter toute confusion. **2/** Se rendre compte précisément de la nature, de la valeur de quelque chose.

DOGME. n. m. (lat. *dogma*, gr. *dogma*) Point de doctrine regardé comme vérité fondamentale, incontestable que l'on ne remet pas en cause.

DONNÉE. n. f. (de *donner*) **1/** Ce qui est donné, connu, déterminé dans l'énoncé d'un problème. **2/** Ce qui est admis, connu ou reconnu et qui sert de base à un raisonnement, de point de départ pour une recherche. **3/** Élément unitaire d'un problème d'un savoir, d'une connaissance, etc.

DUALITÉ. n. f. (lat. *dualis*, « composé de deux ») Caractère ou état de ce qui est double en soi.

DUPLICATION. n. f. (lat. *duplicatio*, de duplicare, « doubler ») **1/** Action de doubler. **2/** Par extension, reproduire à l'identique.

ÉCHANGE. n. m. (de *échanger*, lat. *cambiare*) **1/** Cession moyennant contrepartie. **2/** Passage dans les deux sens et circulation de substances entre la cellule et le milieu extérieur. La vie est fondée sur l'échange.

EFFET. n. m. (lat. *effectus*, de *efficere*, « réaliser, exécuter ») **1/** Ce qui est produit par une cause. **2/** Résultat d'une action. Effet et cause constituent un couple logique. Cf. *Cause*.

EFFLUX. n. m. (néol. opposé à *Influx*) **1/** Flux ou information allant du dedans vers le dehors. Correspond au terme anglais *Output*. Cf. *Flux*, *Influx*.

ÉMOTION. n. f. (de *émouvoir*, d'après *motion*, « mouvement ») **1/** Réaction affective, plus ou moins intense, se manifestant par divers troubles, surtout d'ordre neurovégétatif. **2/** Trouble subi, agitation passagère causés par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie, etc.

EMPIRISME. n. m. (lat. *empiricus*) Méthode, activité qui s'appuie principalement sur l'expérience et non sur des données scientifiques ou rationnelles.

ÉNERGIE. n. f. (angl. *energy*, gr. *energeia*, « force en action ») **1/** Capacité que possède un système à produire un travail. Il existe plusieurs formes d'énergie, notamment mécanique, thermique, électrique, solaire, rayonnante, etc. L'énergie peut passer d'une forme à une autre, ou se décomposer en plusieurs formes. Les physiciens du XIXe siècle ont montré que l'énergie totale d'un système demeure constante. L'énergie peut être non manifestée (potentielle) ou circuler, se manifestant généralement sous forme de flux. L'énergie est un des trois éléments fondamentaux de l'univers physique. **2/** Phénomène résultant de la circulation de flux entre deux terminaux. **3/** *Sur le plan subjectif*, le concept d'énergie devient possible grâce à la partition de l'être en « moi/non-moi » qui crée l'espace et la possibilité d'échange entre le « non-moi » et le « moi ». Cf. *Espace*, *Temps*. **4/** En bioénergétique, information en mouvement. Cf. *Information*, *Mouvement*.

ENRACINEMENT. n. m. (de *racine*) En ostéopathie tissulaire, action de se relier à la partie physique de son être. La sensation de ressentir le poids du corps, relié au sol.

ENTÉLÉCHIE. n. f. (lat. *entelechia*, gr. *entelekheia*, « énergie agissante et efficace ») Principe métaphysique qui détermine un être ayant une existence définie.

ESPACE. n. m. (lat. *spatium*, « étendue », « distance ») **1/** *Sur le plan objectif*, étendue indéfinie qui contient et entoure tous les objets. Distance qui sépare les choses ou éléments de l'univers physique. L'espace est un des trois éléments fondamentaux de l'univers physique. **2/** *Sur le plan subjectif*, l'espace est une perception de la conscience consécutive à la séparation « moi/non-moi » résultant de la décision d'être. Cf. *Énergie*, *Temps*.

ÉTALE. adj. Sans mouvement, immobile. Qui ne monte ni ne baisse : mer étale. N. m. État d'immobilité intercalé entre deux phases de changement. Cf. *Marée*, *Impulsion rythmique tissulaire*, *Still-point*.

ÊTRE. v. intr. Exister. Être, exister, découle d'une décision : « Je suis ». « Je suis », me définit comme « moi » centre, fulcrum, par rapport à un environnement que je considère comme extérieur à moi, différent de moi, défini ou considéré comme « non-moi ». Ainsi, la décision « je suis » crée la dualité. « Je suis » crée l'individuation et en même temps la conscience, celle d'être, d'exister comme séparé d'un environnement considéré comme extérieur. Dans le couple logique cause/effet, l'être est à la cause. Cf. *Faire*, *Avoir*, *Cause*, *Effet*.

ÊTRE. n. m. **1/** Ce qui est. **2/** Entité consciente, mais pas forcément consciente de sa conscience, qui échange ou communique avec son environnement pour préserver la perception de son existence. Cf. *Conscience*, *Communication*.

ÉVOLUTION. n. f. (lat. *evolutio*, « déroulement ») **1/** Transformation graduelle et continuelle. L'évolution des mœurs. **2/** Succession

des phases d'une maladie. **3/** Ensemble des changements subis au cours des temps géologiques par les lignées animales et végétales, ayant eu pour résultat l'apparition de formes nouvelles.

Expérience. n. f. (lat. *experientia*, de *experiri*, « faire l'essai de ») **1/** Connaissance acquise par une longue pratique jointe à l'observation. **2/** Tout ce qui est appréhendé par les sens et constitue la matière de la connaissance humaine. **3/** Ensemble des phénomènes connus et connaissables. **4/** Ce qui résulte de la confrontation de l'individu au milieu extérieur ; les perceptions et impressions qui en résultent. Cf. *Échange, Communication, Impression, Perception, Sensation.*

Expérimenter. v. tr. **1/** Action de faire l'expérience de quelque chose. **2/** Confronter le milieu extérieur et échanger avec lui. **3/** Vivre, c'est expérimenter l'être ou la conscience.

Extérieur. adj. et n. m. (lat. *exterior*, de *exterus*, « ce qui est dehors ») Qui est au-dehors par rapport à quelque chose. Extérieur et intérieur constituent typiquement un couple logique, l'un ne se définissant que par rapport à l'autre. Cf. *Intérieur.*

Faire. v. tr. Réaliser un être. L'action d'un être pour avoir. Dans le modèle logique cause/effet, le faire se situe entre cause et effet. Cf. *Être, Avoir, Cause, Effet.*

Faire. n. m. Manière de mettre en œuvre, d'agir pour un être.

Feed-back. n. m. (angl. *to feed*, « nourrir », et *back*, « en retour ») **1/** Cybern. Action en retour des corrections et régulations d'un système d'informations sur le centre de commande du système ; action exercée sur les causes d'un phénomène par le phénomène lui-même. Syn. : *Réaction, Rétroaction.* **2/** Physiol. Rétrocontrôle.

Fixité. n. f. **1/** État de ce qui est fixé, immobile, invariable, qui ne peut changer. **2/** Incapacité à changer de point de vue. Cf. *Stabilité.*

Fluide. n. m. et adj. (lat. *fluidus*, de *fluere*, « couler ») **1/** Liquide. **2/** Tout corps qui épouse la forme de son contenant. **3/** Force, influence subtile et mystérieuse qui émanerait des astres, des êtres et des choses (principe d'explication des formes d'énergie inexpliquées).

Flux. n. m. (lat. *fluxus*, « écoulement », de *fluere*, « couler ») **1/** Écoulement. **2/** En physique, déplacement (d'ions, de particules, d'énergie). L'énergie se manifeste en flux. Cf. *Influx, Efflux.*

Fonction. n. f. (lat. *functio*, « accomplissement ») **1/** Action, rôle caractéristique d'un élément ou d'un organe dans un ensemble. **2/** Dans l'approche tissulaire, nous la considérons comme la pulsion vitale (l'énergie vitale), non spécifique, canalisée et dirigée par une structure pour devenir spécifique, dans le but de résoudre un ou des problèmes particuliers relatifs à la survie de l'organisme. Fonction et structure constituent un couple logique, l'un se définissant par rapport à l'autre. Cf. *Structure.*

Forme. n. f. (lat. *forma*, « apparence ») Apparence, aspect visible. Ensemble de contours d'un objet, d'un être, résultant de la structure de ses parties.

Fourchette. n. f. (lat. *furca*, « fourche ») En statistiques, écart entre deux valeurs ou nombres, à l'intérieur duquel on fait une appréciation.

Fulcrum. n. m. (mot anglais, lat. *fulcrum*, « point d'appui ») Point d'appui, pivot. Nous avons conservé le terme anglais particulièrement utilisé chez les ostéopathes. Un fulcrum peut être objectif, c'est-à-dire de nature matérielle (point d'appui ou centre mécanique) ou subjectif c'est-à-dire immatériel (centre de conscience). Un fulcrum est relié à l'espace.

L'approche tissulaire envisage la cellule comme une conscience déterminant un espace limité par une membrane et centré sur un fulcrum. Le corps se conçoit alors comme une organisation d'espaces et de limites, centrés sur des fulcrums. Un espace organisé de consciences ou un espace de consciences organisées... Cette juxtaposition d'espaces limités finit par constituer des volumes donc des formes, le tout manifestant un mouvement permanent d'expansion/rétraction, conséquence perceptible de la vie manifestée. Le corps peut se considérer comme un ensemble liquidien pulsatile rythmique - expansion/rétraction -, organisé par un système de cloisonnement fibreux - membranes, fascias -, centré mécaniquement sur le fulcrum de Sutherland.

Un fulcrum peut être physiologique, c'est-à-dire qu'il est intégré dans l'organisation du système qui fonctionne avec lui. Il peut également être *aphysiologique*, c'est-à-dire imposé au sein du système. Une rétention, à cause de la rétraction tissulaire qu'elle crée, impose un fulcrum non physiologique que le système doit gérer en créant des compensations.

Fulcrum de Sutherland. Point d'appui à l'immobilité relative, situé au niveau du sinus droit, jonction de la tente du cervelet et de la faux du cerveau. Dans l'approche tissulaire, le fulcrum de Sutherland est considéré comme le centre mécanique du corps.

Globalité. néol. f. (de *globe*, fig. « masse totale ») Désigne un ensemble considéré dans son entier.

Gouverner. v. tr. (lat. *gubernare*, de *gubernaculum*, « aviron », du gr. *kubernân*) Diriger, orienter dans une direction. Noter que le gouvernail dirige le bateau, mais n'est pas le moteur.

Hérédité. n. f. (lat. *hereditas*, de *heres*, *heredis*, « héritier ») **1/** Qualité d'héritier ; droit de recueillir par succession un titre, des biens, etc. **2/** Transmission des caractères d'un être vivant à

ses descendants par l'intermédiaire des gènes. **3/** Hérédité spécifique, par laquelle deux individus d'une espèce donnée ne peuvent engendrer que des individus de la même espèce. **4/** L'ensemble des caractères, des dispositions hérités des parents, des ascendants.

HIÉRARCHIE. n. f. (lat. médiéval *hierarchia*, « ordre de subordination ») Organisation d'un ensemble en une série où chaque terme est supérieur au terme suivant par un caractère de nature normative. Dans les phénomènes d'évolution, la hiérarchie peut être spatiale ou temporelle.

HOLISME. n. m. (gr. *holos*, « tout entier ») **1/** Doctrine épistémologique selon laquelle, face à l'expérience, chaque énoncé scientifique est tributaire du domaine tout entier dans lequel il apparaît. Doctrine ou concept s'intéressant à la globalité des choses. **2/** théorie selon laquelle l'homme est un tout indivisible qui ne peut être expliqué par ses différents composants isolés les uns des autres.

HOLISTIQUE. adj. (gr. *holos*, « tout entier, complet ») Caractérise l'holisme. Global.

HYPOTHÈSE. n. f. (gr. *hupothesis*, de *thesis*, « action de poser ») Proposition relative à l'expérimentation de phénomènes naturels, admise provisoirement avant d'être soumise au contrôle et à la vérification de l'expérimentation.

IDENTIFICATION. n. f. (de *identifier*) **1/** Action d'identifier, de reconnaître quelque chose ou quelqu'un. **2/** Action de prendre une identité.

IDENTIFIER. v. tr. (lat. *identificare*, rattaché au latin *idem*, « le même ») **1/** Considérer comme identique, assimilable à autre chose ou comme ne faisant qu'un. **2/** Reconnaître comme appartenant à une certaine espèce ou classe d'individus. *S'identifier* : se faire ou devenir identique, se confondre en pensée ou en fait. **3/** Reconnaître comme un être ou une personne unique, originale.

IDENTITÉ. n. f. (lat. *identitas*, de *idem*, « le même ») **1/** Caractère de deux objets de pensée identiques. **2/** Ce qui caractérise un être ou une personne et le rend unique, original, reconnaissable.

IMMOBILITÉ. n. f. (lat. *immobilis*, « qui ne se déplace pas ») Non-mouvement. Un fulcrum est par nature immobile par rapport à ce qu'il centre. Il est mobile par rapport à ce qui le centre. Un être (une conscience) est immobile par rapport à ce qu'il centre et mobile par rapport à ce qui le centre. Ne pas confondre immobilité et inertie. Cf. *Inertie*.

IMPRESSION. n. f. (lat. *impressio*) **1/** Action d'un corps sur un autre. **2/** Action de laisser une marque en parlant d'une chose qui appuie sur une autre. **3/** Action qu'exerce sur quelqu'un objet, un sentiment. **4/** Empreinte laissée par une expérience. L'empreinte laissée dans la conscience est d'autant plus forte qu'elle a résisté ou refusé l'expérience qui a généré l'impression. Elle retient l'information, au lieu de la laisser passer. Cf. *Rétention, Perception, Impression*.

IMPULSION RYTHMIQUE TISSULAIRE (IRT). néol. f. Expansion/rétraction alternative de toute structure vivante, selon un rythme qui lui est propre. Dans le concept tissulaire, on attribue la source de l'impulsion à la manière qu'a une structure de se sentir exister : elle entretient un échange alternatif avec son environnement qui se manifeste par l'expansion/rétraction. Cf. *Marée, Étale, Still-point*.

INDIVIDUALISATION. n. f. (lat. *individuum*, « corps indivisible ») Différenciation par des caractères individuels.

INDIVIDUATION. n. f. (lat. *individuum*, « corps indivisible ») Ce qui différencie un individu d'un autre de la même espèce. Le refus de communiquer correspond à une individuation de la conscience qui tente de s'isoler davantage de l'environnement pour survivre.

INDUCTION. n. f. (lat. *inductio*, « suggestion ») **1/** Opération mentale consistant à remonter des faits à la loi, des cas particuliers donnés ou observés à une proposition plus générale. **2/** Opération consistant à remonter des faits à la cause qui les a engendrés. **3/** Demande formulée à la structure tissulaire par envoi d'une intention consciente ou injonction. Cf. *Intention, Injonction*.

INDUIRE. v. tr. (lat. *inducere*, « recouvrir ») Procéder par induction.

INERTIE. n. f. (lat. *inertia*, « inactivité ») **1/** État de ce qui est inerte, sans mouvement inhérent. **2/** Incapacité au mouvement. **3/** Résistance qu'opposent les corps à la mise en mouvement ou au changement de mouvement. **4/** Sans vie.

INFLUX. n. m. (lat. *in*, « dedans », et *flux*) **1/** Flux ou information allant du dehors vers le dedans. Correspond au terme anglais *Input*. Cf. *Flux, Efflux*.

INFORMATION. n. f. (lat. *informatio*, de *informare*, « façonner, former ») **1/** Renseignement sur quelque chose ou quelqu'un. **2/** Élément de connaissance susceptible d'être codé pour être conservé, traité ou communiqué. **3/** Élément ou système pouvant être transmis par un signal ou une combinaison de signaux. Cf. *Énergie, Donnée*.

INFORMER. n. f. (lat. *informare*, « façonner, former ») **1/** Donner une forme, une structure, une signification. Avec l'attention, la conscience se projette et détermine l'espace dans lequel elle communique, avec l'intention, elle donne un sens une forme à sa projection. **2/** Transmettre une information.

INJONCTION. n. f. (lat. *injunctio*) **1/** Action d'enjoindre, d'ordonner expressément. **2/** Dans le dialogue tissulaire, envoi à la structure vivante d'une intention sans faille.

INTÉGRITÉ. n. f. (lat. *integritas*) **1/** État d'une chose demeurée intacte. **2/** État d'une personne intègre, entière, vraie, authentique, non corrompue, non altérée ni dénaturée.

Intelligence. n. f. (lat. *intellegentia*, de *intellegere*, « comprendre ») **1/** Faculté de connaître, de comprendre. **2/** Ensemble des fonctions mentales ayant pour objet la connaissance conceptuelle et rationnelle (par opposition à *sensation* et *intuition*). **3/** Faculté de discerner les liens de cause à effet et d'établir les importances relatives. Cf. *Comprendre*, *Percevoir*, *Conscience*.

Intention. n. f. (lat. *intentio*, « action de diriger vers ») **1/** Dessein délibéré d'accomplir un acte, volonté. **2/** Fait de se proposer un certain but – dessein ferme et prémédité – but même qu'on se propose d'atteindre. **3/** Dans le concept tissulaire, modulation de l'attention, à laquelle la conscience donne un sens, une forme. Avec l'intention, la conscience envoie une information dans l'espace qu'elle a choisi d'occuper. L'intention permet de formuler une demande. La structure vivante répond à l'intention, mais elle répond selon ses possibilités du moment. Cf. *Attention*, *Information*.

Interaction. n. f. Action, influence réciproque de deux choses, être, individus.

Interface. n. f. (mot anglais, lat. *facies*, « devant, avant ») **1/** Surface de séparation entre deux structures distinctes de la matière. **2/** Limite commune à deux ensembles ou matériels. **3/** Structure placée entre deux systèmes qui ne communiquent pas ensemble et qui leur permet de communiquer. Le corps est une interface entre l'univers non matériel, celui de la conscience, de l'être et l'univers matériel, celui de l'avoir.

Intérieur. adj. et n. m. (lat. *interior*, « dedans ») Qui est au dedans par rapport à quelque chose. Intérieur et extérieur constituent typiquement un couple logique, l'un ne se définissant que par rapport à l'autre. Cf. *Extérieur*.

Interrogation tissulaire. néol. f. Technique d'interrogation de la structure tissulaire par communication verbale mentale ou orale, reposant sur l'utilisation de l'attention et de l'intention.

Intuition. n. f. (lat. *intuitio*, de *intueri*, « regarder attentivement ») Forme de connaissance immédiate qui ne recourt pas au raisonnement.

Invalidation. n. f. (de *invalide*, lat. *invalidus*) Action d'invalider, de rendre non valable, caduc, faux. Cf. *Validation*.

Invalider. v. tr. (de *invalide*, lat. *invalidus*) Rendre non valable, faux, caduc. Cf. *Valider*.

Irrationnel. adj. (lat. *irrationalis*, « non doué de raison ») Qui n'est pas rationnel, non conforme à la raison, ou du domaine de la raison. Cf. *Rationnel*, *Subjectif*, *Objectif*.

Je. pron. pers. (lat. *ego*, « je ») **1/** Me, Moi. **2/** Une conscience, consciente ou non de sa conscience. **3/** Un fulcrum subjectif.

Jeu. n. m. (lat. *jocus*, « badinage, plaisanterie ») **1/** Activité physique ou mentale, purement gratuite, qui n'a, dans la conscience de celui qui s'y livre, d'autre but que le plaisir qu'elle provoque. **2/** Activité organisée par un système de règles définissant un succès et un échec, un gain ou une perte. **3/** Action de jouer, partie qui se joue. **4/** Mouvement aisé, régulier d'un objet, d'un organe, d'un mécanisme.

Juste. adj. (lat. *justus*) Qui a de la justesse, convient, est adapté à.

Justesse. n. f. Caractère de ce qui est juste, adapté.

Labile. adj. (lat. *labilis*, de *labi*, « glisser, tomber ») Qui est sujet à tomber, à changer, instable.

Langage. n. m. (de *langue*) **1/** Faculté propre à l'homme d'exprimer et de communiquer sa pensée au moyen d'un système de signes vocaux ou graphiques ; ce système. **2/** Système structuré de signes non verbaux remplissant une fonction de communication. **3/** Ensemble de caractères, de symboles assemblés selon des règles définies pour donner des instructions à un ordinateur.

Laser. n. m. (angl., abrév. de **L**ight **A**mplification by **S**timulated **E**mission of **R**adiations, « amplification de la lumière par émission stimulée de radiations ») **1/** En Physique, amplification quantique des radiations lumineuses, monochromatiques et cohérentes permettant d'obtenir des faisceaux très directifs et de grande puissance. **2/** dispositif qui amplifie la lumière et la rassemble en un étroit faisceau, dit cohérent, où ondes et photons associés se propagent en phase, au lieu d'être arbitrairement distribués. **3/** Dans l'approche tissulaire et le travail à plusieurs praticiens, on parle d'*attention laser* lorsque tous les praticiens travaillent à l'unisson, leur attention et leur intention dirigées en même temps sur la même région corporelle du patient.

Logique. n. f. (gr. *logikê*, de *logos*, « raison ») **1/** Science du raisonnement en lui-même, abstraction faite de la matière à laquelle il s'applique et de tout processus psychologique. **2/** Manière de raisonner juste, méthode, suite cohérente d'idées. **3/** Ensemble des procédés cognitifs ; leur étude. **4/** Ensemble des relations qui règlent le fonctionnement d'une organisation, ou l'apparition de phénomènes.

Maintenance. n. f. Ensemble des opérations permettant de maintenir ou de rétablir un système, un matériel, un appareil, etc., dans un état donné ou de lui restituer des caractéristiques de fonctionnement spécifiées.

Manifestation. n. f. (lat. *manifestatio*) Action ou manière de se montrer, de s'exprimer. Témoignage, marque, expression de quelque chose.

Marée. n. f. (de *mer*) **1/** Mouvement oscillatoire du niveau de la mer, dû à l'attraction de la lune et du soleil sur la masse d'eau des océans. Flux et reflux de la marée montante et descendante. **2/** En ostéopathie crânienne, on nomme ainsi

l'alternance d'expansion/rétraction manifestant l'impulsion rythmique tissulaire.

Matière. n. f. (lat. *materia, materies*, d'abord « bois de construction » puis « matière ») **1/** Substance qui constitue les corps, est objet d'intuition dans l'espace et possède une masse mécanique. **2/** Substance expérimentable et connaissable par les sens. **3/** Énergie concentrée, stabilisée et organisée dans l'espace et dans le temps.

Méduse. n. f. Animal formé de tissus transparents d'apparence gélatineuse, ayant la forme d'une cloche sous laquelle se trouve la bouche et les tentacules.

Mémoire. n. f. (lat. *memoria*) **1/** Faculté de se rappeler des états de conscience passés et ce qui s'y trouve associé : l'esprit en tant qu'il garde le souvenir du passé. **2/** Conservation ou rétention consciente ou inconsciente d'informations.

Métabolique. adj. (de *métabolisme*) Qui concerne le métabolisme.

Métabolisme. n. m. (gr. *metabolê*, « changement ») Désigne l'ensemble des mécanismes consistant à puiser des éléments dans le milieu environnant, à les transformer et à les utiliser pour créer et maintenir la structure du corps et entretenir la vie.

Modèle. n. m. (lat. *modellus*, de *modulus*) Représentation simplifiée d'un processus, d'un système.

Modulation. n. f. (lat. *modulatio*, de l'it. *modulazione*) **1/** Chacun des changements de ton, d'accent, d'intensité, de hauteur dans l'émission d'un son. **2/** En radio, opération par laquelle on fait varier l'amplitude, l'intensité, la fréquence, la phase d'un courant ou d'une oscillation (onde porteuse), en vue de transmettre un signal. **3/** Dans l'approche tissulaire, modification de l'attention qui transporte une information précise. Nous disons que l'intention est une modulation de l'attention. Cf. *Attention, Intention*.

Moduler. v. tr. (lat. *modulari*) Effectuer une modulation.

Modus operandi. n. m. (d'origine latine) Manière de procéder.

Nomenclature. n. f. (lat. *nomenclatura*, « action d'appeler par le nom ») **1/** Ensemble de termes techniques d'une discipline, présentés selon un classement méthodique. **2/** Ensemble des entrées d'un dictionnaire.

Noumène. n. m. (gr. *nooumena*, « choses pensées ») Objet de la raison, réalité intelligible (opposé à *phénomène*, réalité sensible) Chose en soi conçue indépendamment de son expérimentation.

Objectif. adj. (lat. *objectus*, « placé devant ») Qui concerne l'objet, et existe indépendamment de la pensée. Cf. *Subjectif*.

Objet. n. m. (lat. *objectum*, « ce qui est placé devant ») **1/** Toute chose concrète, perceptible par la vue, le toucher. **2/** Chose solide ayant unité et indépendance et répondant à une certaine destination. Cf. *Chose*.

Oppression. n. f. (lat. *oppressio*, « violences, dommages ») Fait pour un être ou une conscience de ne pouvoir être, faire ou avoir quelque chose qu'il estime essentiel.

Organisation. n. f. (lat. *organon*, « outil ») **1/** Action d'organiser, de structurer, d'arranger. **2/** Manière dont les différents organes ou parties d'un ensemble complexe, d'une société, d'un être vivant sont structurés, agencés ; la structure, l'agencement eux-mêmes.

Organisme. n. m. (de *organe*) **1/** Être vivant, animal ou végétal ayant une individualité propre ; ensemble des organes qui le composent. **2/** Système vivant.

Palpation. n. f. (de *palper*) Examen consistant à palper les parties extérieures du corps pour apprécier les caractères physiques des tissus, la sensibilité des organes. Cf. *Perception*.

Palper. v. tr. (lat. *palpare*) Examiner en touchant, en tâtant avec la main, les doigts. Cf. *Percevoir*.

Paradigme. n. m. (lat. *paradigma*, gr. *paradeigma*, « exemple ») Modèle théorique de pensée qui oriente la recherche et la réflexion scientifique ou philosophique.

Pédagogie. n. f. (gr. *paidagôgia*, « instruction ») **1/** Science de l'éducation des enfants. **2/** Méthode d'enseignement.

Perception. n. f. (lat. *perceptio*, de *percipere*, « saisir par le sens ») **1/** Action, fait de percevoir par les sens, par l'esprit. **2/** Représentation consciente à partir des sensations ; conscience d'une, des sensations. **3/** Réception d'une information. **4/** Ce qui permet à une conscience de se sentir exister. Cf. *Impression, Sensation*.

Percevoir. v. tr. (lat. *percipere*, « saisir par les sens ») **1/** Comprendre, parvenir à connaître. **2/** Recueillir de l'information sur le milieu environnant. Cf. *Palpation*.

Phénomène. n. m. (gr. *phainomenon*, « ce qui apparaît ») **1/** Fait observable, événement, manifestation. **2/** Pour Kant, ce qui est perçu par les sens, ce qui apparaît et se manifeste à la conscience (par opposition à noumène). Cf. *Noumène*.

Philosophie. n. f. (gr. *philosophia*, « sagesse ») **1/** Conception de quelque chose fondée sur un ensemble de principes ; ces principes **2/** Conception générale, vision plus ou moins méthodique du monde et des problèmes de la vie.

Phylogenèse. n. f. (créé par Haeckel, gr. *phulon*, « race », et *genèse, genesie*) **1/** Mode de formation des espèces, développement des espèces au cours de l'évolution. **2/** Étapes ontogénétiques par lesquelles passe l'embryon au cours de son développement et qui reproduit les étapes du développement des espèces.

Placebo. n. m. (par l'anglais, lat. *placebo*, « je plairai », de *placere*) **1/** À l'origine, *a placebo* se disait pour « par flatterie ». **2/** Aujourd'hui, ce mot désigne une substance sans principe actif mais ayant un effet psychique rassurant chez le patient.

L'expression « effet placebo » désigne un résultat positif obtenu indépendamment d'une substance ou d'un principe actif.

Plastique. adj. (lat. *plasticus*, gr. *plastikos*, « relatif au modelage ») Flexible, malléable, mou, déformable.

Point de vue. n. m. **1/** Emplacement de l'espace à partir duquel on observe un objet. **2/** Manière de considérer les choses, opinion particulière.

Polarité. n. f. État caractéristique d'un système, d'un corps, d'une structure vivante, où l'on peut distinguer deux pôles.

Polarité cérébrale. néol. f. Considération selon laquelle un hémisphère cérébral différent est activé selon le type d'activité en cours de réalisation. L'hémisphère gauche s'occupe du verbal, de l'analytique, du symbolique, de l'abstrait, du temporel, du rationnel, du numérique, de la logique. Le droit est activé pour des activités non verbales, synthétiques, concrètes, analogiques, atemporelles, non rationnelles, spatiales, intuitives.

Pragmatique. adj. (gr. *pragmatikos*, « relatif à l'action ») **1/** Qui est adapté à l'action sur le réel, susceptible d'applications pratiques, concerne la vie courante. **2/** Tourné vers l'aspect pratique et efficace des choses, de la vie, de l'action.

Préalable. n. m. et adj. (de *pré*, « avant », et *aller*) **1/** Qui a lieu, se fait ou se dit avant autre chose, dans une suite de faits liés entre eux. **2/** Qui vient avant autre chose.

Préambule. n. m. (lat. *praembulus*, de *praembulare*, « marcher devant ») Paroles, démarches qui ne sont qu'une entrée en matière.

Présence. n. f. (lat. *praesentia*) Le fait d'être là. Occuper l'espace et le temps présents.

Présent. adj. (lat. *praesens*, *praesentis*, part. prés. de *praesse*, « être en avant ») Qui est dans le lieu et le temps qui se vivent dans l'instant.

Psyché. n. f. (mot grec, *âme*) L'ensemble des phénomènes psychiques, considérés comme formant l'unité personnelle. Cf. *Soma*.

Psychique. adj. (gr. *psukhikos*) Qui concerne l'esprit, la pensée en tant que principe auquel on rattache une catégorie de faits d'expérience. Cf. *Somatique*.

Psychologie. n. f. (gr. *psukhé*, « l'âme sensitive », et *logia*, « théorie », de *logos*, « discours ») **1/** Connaissance de l'âme humaine considérée comme une partie de la métaphysique. **2/** Étude scientifique des phénomènes de l'esprit, de la pensée, caractéristiques de certains êtres vivants.

Puissance. n. f. (de *puissant*, du verbe *pouvoir*) **1/** Moyen ou droit grâce auquel on peut. **2/** État de celui qui peut beaucoup. **3/** Caractère de ce qui peut beaucoup, de ce qui produit de grands effets. **4/** Pouvoir d'action d'un appareil, intensité d'un phénomène. **5/** En physique, quotient du travail accompli par une machine par le temps qu'il lui a fallu pour l'accomplir.

Rationnel. adj. (lat. *rationalis*, « doué de raison ») **1/** Qui appartient à la raison. **2/** Qui provient de la raison et non de l'expérience. **3/** Conforme à la raison, au bon sens. Cf. *Irrationnel*, *Subjectif*, *Objectif*.

Réactif. adj. Qui réagit, c'est-à-dire répond automatiquement à un stimulus, par opposition à *agir*.

Réaction. n. f. (de *ré* et *action*) **1/** Force qu'un corps agissant sur un autre détermine en retour chez lui. **2/** Réponse d'un système excitable à un stimulus interne ou externe.

Réactivité. n. f. (de *réactif*) Propriété ou aptitude à réagir automatiquement à une situation ou un stimulus.

Réalité. n. f. **1/** Caractère de ce qui est réel, de ce qui existe effectivement. **2/** Ce qui est réel, ce qui existe en fait, par opposition à ce qui est imaginé, rêvé, fictif. **3/** Ce que des consciences expérimentent en commun et s'accordent à reconnaître comme réel. Cf. *Réel*, *Irréel*.

Réel. n. m. (*real*, « qui existe effectivement », lat. médiéval, *realis*, de *res*, « chose ») **1/** Les choses elles-mêmes, les faits eux-mêmes. **2/** Ce qu'une personne peut expérimenter ou concevoir comme vrai. Réel et réalité sont relatifs à une conscience et aux points de vue qu'elle adopte pour expérimenter l'univers. Cf. *Irréel*.

Référence. n. f. (angl. *reference*) Action ou moyen permettant de situer une chose par rapport à une autre.

Référentiel. n. m. (angl. *reference*) Système de références. Ensemble des éléments jouant un tel rôle.

Relatif. adj. (lat. *relativus*, de *relatum*, supin de *referre*, « rapporter ») **1/** Qui constitue, concerne ou implique une relation. **2/** Qui n'est que par rapport à une autre chose. Cf. *Absolu*.

Relation. n. f. (lat. *relatio*, « récit, narration ») Lien de dépendance ou d'influence réciproque entre personnes ou choses.

Relationnel. adj. Qui concerne la relation.

Représentation. n. f. (lat. *raepresentation*, de *raepresentare*) **1/** Action de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe. **2/** Image, figure, symbole, signe qui représente un phénomène, une idée.

Résolution. n. f. (lat. *resolutio*, de *resolvere*, « dissoudre ») **1/** Action de résoudre, dissoudre, résorber ; son résultat. **2/** Opération intellectuelle consistant à décomposer le tout en parties, ou une proposition en propositions plus simples.

Résonance. n. f. (lat. *resonare*) **1/** Prolongement ou amplification d'un son dans certains milieux sonores. **2/** Phénomène par lequel un système physique en vibration peut atteindre une très grande amplitude, lorsque la vibration excitatrice se

rapproche d'une « fréquence naturelle » de ce système. **3/** Par analogie, réaction physique ou émotionnelle engendrée au sein d'un individu par la perception d'une émotion similaire issue de l'environnement ou d'un autre individu.

RÉSOUDRE. v. tr. (lat. *resolvere*, « dissoudre ») **1/** Transformer en des éléments ou faire disparaître. **2/** Décomposer, réduire, par voie d'analyse. **3/** Découvrir une solution.

RÉTENTION. n. f. (lat. *retentio*) Fait de retenir. Dans l'approche tissulaire, énergie ou information retenues (l'énergie est de l'information en mouvement) par une structure vivante pour se protéger d'un environnement considéré comme hostile.

SANTÉ. n. f. (lat. *sanitas*, de *sanus*, « sain ») **1/** État de quelqu'un dont l'organisme fonctionne bien. **2/** État de l'organisme, bon ou mauvais. **3/** Équilibre de la personnalité, à la maîtrise de ses moyens mentaux et intellectuels. Le mot *équilibre* est peut-être celui qui semble le plus juste à l'ostéopathe. **4/** Fonctionnement harmonieux des différentes parties d'un organisme.

SATURATION. n. f. (bas lat. *saturatio*, « satiété ») **1/** État de ce qui est saturé. Rendre tel qu'un supplément de la chose ajoutée soit impossible ou inutile. **2/** Dans le concept tissulaire, action pour une structure vivante de se charger d'une énergie qu'elle n'a pas su gérer, transmettre ou évacuer.

SATURER. v. tr. (de *rassasier*, lat. *saturare*) **1/** Combiner, mélanger dissoudre jusqu'à saturation. **2/** Rendre tel qu'un supplément de ce qui a été ajouté soit impossible ou inutile.

SCIENCE. n. f. (lat. *scientia*, de *scire*, « savoir ») **1/** Connaissance exacte et approfondie de quelque chose. **2/** Tout corps de connaissance ayant un objet déterminé et reconnu et une méthode propre. **3/** Ensemble de connaissances, d'études d'une valeur universelle, caractérisées par un objet et une méthode déterminées, et fondés sur des relations objectives vérifiables.

SEMBLABLE. adj. et n. m. (de *sembler*) **1/** Qui ressemble à quelque chose ou à quelqu'un. **2/** Qui est de même nature, de même qualité. Cf. *Similaire*.

SENS. n. m. (lat. *sensus*) **1/** Faculté d'éprouver les impressions que font les objets matériels. **2/** Système récepteur unitaire d'une modalité spécifique de sensation, correspondant en gros à un organe déterminé. **3/** Idée ou ensemble d'idées intelligibles que représente un signe ou un ensemble de signes. **4/** Signification. **5/** Direction.

SENSATION. n. f. (lat. *sensatio*, « compréhension », de *sentire*, « sentir ») **1/** Phénomène psychophysiologique par lequel une stimulation interne ou externe produit un effet modificateur spécifique sur l'être vivant et conscient. **2/** État ou changement d'état ainsi provoqué, à prédominance affective (plaisir, douleur) ou représentative (perception). **3/** Ce qui permet à la conscience d'expérimenter l'existence. Cf. *Perception*, *Impression*.

SIGNIFICATION. n. f. (lat. *significatio*) Ce qui signifie quelque chose, possède un sens. Cf. *Sens*.

SIMILAIRE. adj. (lat. *similis*, « semblable ») **1/** Se dit de choses qui présentent des caractères semblables. **2/** Qui est à peu près de même nature, de même ordre. Cf. *Semblable*.

SOMA. n. m. (gr. *sôma*, « corps ») **1/** Biol. L'ensemble des cellules non reproductrices de l'organisme (opposé à *germen*). **2/** Plus généralement, l'ensemble des cellules de l'organisme. Cf. *Psyché*.

SOMATIQUE. adj. (gr. *sôma*, « corps ») **1/** Qui concerne le corps (opposé à *psychique*). **2/** Qui est purement organique, qui provient de causes physiques. Cf. *Psychique*.

STABILITÉ. n. f. (lat. *stabilitas*) **1/** Caractère de ce qui tend à demeurer dans le même état. **2/** État de ce qui peut demeurer dans un équilibre permanent. **3/** Propriété d'un corps à revenir à sa position d'équilibre et à reprendre son mouvement après une modification passagère. **5/** Pour un être ou une conscience, aptitude à conserver un point de vue ou une position dans l'espace. Aptitude à être fulcrum.

STILL-POINT. loc. m. (angl., « point d'immobilité ») Le mot *point* est incorrect, on devrait parler de *moment d'immobilité*. Un still-point est relié au temps. Dans l'approche tissulaire, on reconnaît deux types de still-point : le still-point physiologique et le still-point de résolution.

Le still-point physiologique survient régulièrement dans tout phénomène alternatif. Chaque temps du phénomène est séparé par un instant (qui peut être très court) où le phénomène, allant dans une direction, s'arrête avant de repartir dans une autre. L'étale de la marée est un still-point physiologique typique. Ce type de still-point ne nous intéresse pas particulièrement parce qu'il manifeste un processus physiologique sur lequel nous n'intervenons pas directement.

Le still-point de résolution correspond à l'instant de résolution d'une zone de rétention, le moment où la structure ayant terminé de libérer l'énergie retenue est en attente, juste avant de se remettre en communication. Cette immobilité peut durer un certain temps. Il est essentiel que le praticien la respecte et attende, lui aussi, tout en maintenant paramètres objectifs (densité et tension) et subjectifs (présence, attention et attention), jusqu'à la fin du still-point. Le still-point se termine soit par la reprise d'un autre cycle de libération, c'est-à-dire par la naissance d'un nouveau mouvement de libération tissulaire, soit par une expansion de la structure, exprimant sa remise en communication.

STRATÉGIE. n. f. (gr. *stratos*, « armée », et *agein*, « conduire ») Ensemble d'actions coordonnées de manœuvres visant à

gagner un conflit, à remporter une victoire, à maîtriser une situation à son profit.

Stress. n. m. (mot anglais, « effort intense, tension ») Ensemble des réponses d'adaptation de l'organisme face à une agression d'ordre physique ou psychique ainsi qu'aux émotions agréables et désagréables nécessitant une adaptation. Aujourd'hui, situation désagréable et agressive. Selon Alain Rey, « stress » est issu de *distress*, « affliction » par aphérèse (chute d'un phonème en début d'un mot), mot lui-même emprunté à *destrece*, « détresse », ou *estrece*, « étroitesse, oppression » (ancien français).

Structure. n. f. (lat. *structura*, de *struere*, « construire ») **1/** Manière dont un ensemble concret, spatial est envisagé dans ses parties, son organisation. **2/** Dans l'approche tissulaire, la structure est une organisation matérielle destinée à orienter la pulsion non spécifique de la vie vers des manifestations spécifiques qui sont les fonctions, dans le but de satisfaire les besoins particuliers relatifs à la survie de l'organisme.

Subjectif. adj. (lat. *subjectivus*) Relatif au sujet, au « je ». Qui ne correspond pas à un objet extérieur, apparent. Cf. *Objectif*.

Sujet. n. m. (lat. *subjectum*, « ce qui est soumis, subordonné à », distingué de *objectum*) **1/** Ce qui est soumis à l'esprit, à la pensée ; ce sur quoi s'exerce la réflexion. **2/** Être individuel, personne considérée comme le support d'une action, d'une influence. Cf. *Objet*.

Syllogisme. n. m. (lat. *syllogismus*, gr. « calcul, raisonnement ») **1/** Tout raisonnement déductif rigoureux qui ne suppose aucune proposition étrangère sous-entendue. **2/** Opération logique par laquelle, du rapport de deux termes avec un même troisième, appelé moyen terme, on conclut à leur rapport mutuel. **3/** Raisonnement purement formel, étranger au réel.

Symbole. n. m. (lat. *symbolus*, « signe de reconnaissance », d'abord morceau d'un objet partagé entre deux personnes pour servir entre elles de signe de reconnaissance) **1/** Ce qui représente autre chose en vertu d'une correspondance. **2/** Ce qui, en vertu d'une convention arbitraire, correspond à une chose ou une opération qu'il désigne. **3/** Réalité « concrète », signe tangible représentant une idée abstraite, difficilement accessible à l'esprit, ou une vérité cachée.

Synchronisation. n. f. (gr. *sugkhronos*, « contemporain » puis, à partir de 1890, « reconnaître une chose comme contemporaine ») **1/** Mettre en concordance un ou plusieurs phénomènes dans le temps. **2/** Dans l'approche tissulaire, s'accorder, se syntoniser avec l'état présent de la structure vivante.

Syntonisation. n. f. (gr. *suntonos*, « accord ») **1/** Accord de deux circuits oscillants, réglage de résonance qui assure le rendement maximal. **2/** Dans l'approche tissulaire, action du praticien pour s'accorder à la densité, à la tension et au mouvement des tissus vivants du patient. Nous le considérons comme un préalable indispensable à la perception.

Système. n. m. (gr. *sustêma*, « assemblage, composition », de *sunestanai*, « tenir ensemble ») **1/** Ensemble organisé d'éléments. **2/** Ensemble d'idées logiquement solidaires, considérées dans leurs relations ; construction théorique que forme l'esprit sur un vaste sujet. **3/** Ensemble possédant une structure, constituant un tout organique et prévu pour produire une ou des actions ou fonctions spécifiques.

Systémique. adj. (angl. *systemic* [1970]) Relatif aux systèmes.

Technique. n. f. (lat. *technicus*, gr. *teknikos*, de *teknê*, « art, métier ») **1/** Ensemble des procédés et des méthodes d'un art, d'un métier ou d'une industrie. **2/** Pour l'ostéopathe, processus d'intervention mis en œuvre à la recherche d'un résultat précis au sein du système corporel du patient. Dans l'approche ostéopathique classique, l'objectif de la technique peut varier, visant une action nerveuse (facilitatrice ou inhibitrice), circulatoire (veineuse, lymphatique ou artérielle) ou mécanique. **3/** Dans l'approche tissulaire, l'action mise en œuvre a toujours pour objectif de libérer une rétention d'énergie détectée dans le système corporel du patient.

Temps. n. m. (lat. *tempus*, « division de la durée », « moment », « instant ») **1/** *Sur le plan objectif*, période pendant laquelle une action ou un événement se déroule. Dimension représentant la succession de ces actions ou événements. Durée considérée comme une quantité mesurable. Le temps est un des trois éléments fondamentaux de l'univers physique. **2/** *Sur le plan subjectif*, le temps naît de la partition de l'être en « moi/non-moi » qui crée l'espace et un état présent d'existence différent d'un état antérieur de non-existence. Notre perception du temps se relie à l'observation d'une succession de moments, d'instants que nous vivons comme « temps présent ». Cf. *Espace*, *Énergie*.

Tension. n. f. (lat. *tensio*, de *tendere*, « tirer, tendre, allonger, aller vers ») **1/** État d'une substance souple et élastique tendue, étirée. **2/** Toute force qui agit de manière à écarter, séparer les parties constitutives d'un corps. **3/** En électricité, différence de potentiel. **4/** Dans le concept tissulaire, la relation de l'énergie au temps.

Transmutation. n. f. (lat. *transmutatio*, « changement ») **1/** Changement d'une substance en une autre. **2/** Changement de nature, transformation totale.

Traumatisme. n. m. (gr. *traumatismos*, de *trauma*, « blessure ») **1/** Ensemble des troubles physiques et psychiques provoqués sur l'organisme par une blessure. **2/** Dans l'approche tissulaire, transmission sur le corps d'une quantité d'énergie cinétique dans un temps trop court, ne permettant pas au système corporel de la gérer harmonieusement.

VALIDATION. n. f. (de *valider*) Fait de valider, de rendre valable. Cf. *Invalidation*.

VALIDER. v. tr. (lat. *validare*) Rendre ou déclarer valide, valable. Cf. *Invalider*.

VIATIQUE. n. m. (lat. *viaticum*, de *via*, « route ») **1/** Argent, provisions que l'on donne pour faire un voyage. **2/** Moyen de parvenir, soutien, atout.

VIE. n. f. (lat. *vita*) **1/** Fait de vivre, propriété essentielle des êtres organisés qui évoluent de la naissance à la mort en remplissant des fonctions qui leur sont communes. **2/** Espace de temps compris entre la naissance et la mort d'un individu. **3/** Ensemble des manifestations consécutives à la décision d'être. **4/** Jeu de « JE ». **5/** Jeux de « Je ». **6/** La vie peut être envisagée comme un jeu, comportant les éléments fondamentaux du jeu qui sont buts, libertés et limites. **7/** Jeu de consciences en interaction. **8/** Système de fulcrums subjectifs et objectifs en interaction. Cf. *Jeu*, *Système*, *Fulcrum*, *Conscience*.

VITESSE. n. f. Relation de l'espace parcouru par rapport au temps d'un corps en mouvement.

VIVANT. n. m. et adj. Ce qui manifeste la vie.

VIVRE. v. intr. Expérimenter un état d'être, une conscience.

> *« La loi de l'esprit, de la matière et du mouvement, telle est la définition, la seule définition, que A. T. Still envisageait pour les principes et la pratique de ce qu'il découvrit et nomma ostéopathie. L'ostéopathie est en effet la reconnaissance, l'utilisation et le rétablissement du mouvement dans chaque aspect de la vie, dans chaque phase de matière conçue par l'esprit divin. »*
>
> (Frymann, 1998, 251.)

ABRÉVIATIONS

adj. : adjectif
angl. : anglais (langue)
f. : féminin
fig. : figuré (sens issu d'une image)
gr. : grec (langue)
lat. : latin (langue)
loc. : locution
m. : masculin
n. : nom
néol. : néologisme
p. prés. : participe présent
pron. pers. : pronom personnel
v. intr. : verbe intransitif
v. transitif : verbe transitif

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Larousse. 1991. *Le Petit Larousse en couleurs*, Paris : éditions Larousse. ISBN : 2-03-301292-1.
- Rey Alain. 1998. *Dictionnaire historique de la langue française*, 3 tomes. ISBN : 2-85036-532-7
- Robert Paul. 1987. *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris : Société du Nouveau Littré, ISBN : 2-85036-066-x.
- Microsoft. 2001. *Encyclopédie Encarta*, Redmond, États-Unis : Microsoft Corporation.

TABLE DES QUESTIONS/RÉPONSES

Sur la palpation (chapitre 4)

- Ce que vous nous proposez est purement et simplement une induction... 65
- Si c'est une induction, je peux sentir ce que j'ai envie de sentir ! 66
- Ce que nous sentons chez le patient est-il son problème ou le nôtre ? 66
- L'interactivité est-elle inéluctable ? 66
- Pour être un bon ostéopathe, il faudrait donc être physiquement et mentalement parfait ! 67
- Pourquoi ne nous enseigne-t-on pas cela dès le début de notre formation ? 67

Sur l'être (chapitre 5)

- Tant de philosophie pour quoi faire ? Est-ce vraiment utile ? 79
- Ces concepts très spiritualistes me dérangent. 79
- Il m'est très difficile de travailler à la fois sur l'enracinement et le lâcher prise, tout en ayant l'attention sur le ballon. 79
- Pendant les exercices sur la présence avec le ballon, je sentais ma respiration thoracique se synchroniser naturellement avec le mouvement perçu dans le ballon 79
- Dans l'état de présence, j'ai l'impression que le temps n'existe plus. 80
- Dans les exercices sur la présence, vous n'avez pas parlé de la présence avec un patient. 80
- Puis-je utiliser ces seuls éléments de communication pour traiter un patient ? 80

Organiser (chapitre 6)

- Que devient la synostose de la SSB avec l'âge ? 90
- Vous ne parlez pas du liquide céphalo-rachidien. Pourquoi ? 90
- Vous avez indiqué que vous ne vous intéressiez pas à la mobilité normale des structures... 91
- Organisation matérielle visible, organisation immatérielle invisible. 91
- Aspect spirituel et monde scientifique. 91
- Un créateur intelligent comme ne cesse de le répéter Still ? 91

Survivre (chapitre 7)

- Caractéristiques objectives et subjectives de l'univers physique 110
- Contradiction du refus de communiquer pour survivre avec le concept de conscience 110

Communiquer (chapitre 8)

- Des cycles qui s'enchaînent sans fin. 120
- J'ai beaucoup de mal à ressentir l'expansion après le still-point 120
- J'arrive à trouver la densité, mais l'effort est tel que je m'épuise 120
- Peut-on demander l'aide du patient pour ce processus ? 120
- Interprétation du still-point de résolution. 121
- Quelle relation établissez-vous entre still-point et fulcrum ? 121
- Le praticien fait-il quelque chose avec sa respiration ? 121
- Que faire quand la douleur est aiguë au cours de la libération ? 121
- Il m'arrive de me sentir bizarre ou mal en travaillant certaines zones de rétention. 122

Modus operandi (chapitre 10)

- La structure ne répond-elle pas à la contrainte imposée au lieu de dire ce qu'elle est ? 140
- J'ai beaucoup de mal à trouver la densité crânienne. 140
- Et si la technique hépatique ne marche pas ? 140
- Combien de temps dure la phase 1 ? 140
- Quel est le temps d'une séance ? 141
- Vous semblez ne pas vous occuper des symptômes... 141
- ...ni des lésions du mécanisme respiratoire primaire décrites par Sutherland et ses successeurs 141
- Comment discerner ce qui est à traiter ici et maintenant. 142
- L'erreur n'est-elle pas possible ? 142
- Lorsque deux informations semblent d'égale importance, laquelle choisir ? 142
- Sur le crâne, j'ai quelquefois la sensation que les tissus reviennent et repartent... 142
- L'intention de séance ne pousse-t-elle pas au traitement symptomatique ? 143
- Comment traitez-vous l'aigu ? 143

TECHNIQUES ESSENTIELLES (CHAPITRES 11 À 14)

Crâne/bassin/crâne

- J'ai la sensation que l'on pourrait recommencer indéfiniment des cycles de libération... 148
- Rollin Becker dit ne pas s'intéresser au still-point. 148
- Que deviennent tous les éléments de mobilité de la symphyse sphéno-basilaire ? 149
- J'ai du mal à sentir quelque chose au niveau du bassin. 152
- Va-et-vient successifs du bassin au crâne. 154

Compression occipitale

- Votre interprétation de la compression occipitale néglige certains points : le contrôle de la marée, la compression ventriculaire et la diffusion du liquide céphalo-rachidien. 160
- Contre-indications. 162
- Et la Grande Marée (Long Tide) ?.....163
- La remise en question d'interprétations données par les maîtres. 163

Technique hépatique

- Que veut dire exactement projeter l'attention sur une région ? 167
- Quid des motilités et mobilités décrites en ostéopathie viscérale ? 168
- Doit-on toujours faire une compression occipitale après la technique hépatique ? 168
- Pourquoi ne pas commencer systématiquement par une technique hépatique ? 168
- Si densité et tension sont trop fortes et si la technique ne marche pas, que faire ? 168

Colonne globale

- J'ai du mal avec cette technique. Je perds très vite le mouvement.....177
- Je ne parviens pas à conserver l'accord avec l'ensemble des paramètres... 177
- J'ai un problème de gabarit... 177

Dure-mère

- La dure-mère étant réputée inextensible, comment peut-elle se rétracter ? 177

Axe ostéo-articulaire crânien

- Doit-on réaliser le crâne/bassin/crâne après chaque temps ou après les trois ? 180
- L'ordre des trois temps est-il important ? 180
- Peut-on ne réaliser qu'une partie de la technique ? 180
- Ne devrait-on pas réaliser cette technique systématiquement après un whiplash ? 181

Sphère postérieure crânienne

- Traiter deux occipito-mastoïde au cours de la même séance ?.....186
- Sphère postérieure crânienne et temporaux, clés de la nuque. Pourquoi ? 195

Sacro-iliaques

- Quid des théories mécaniques sur bassin et sacro-iliaques ?.....195-196
- Après libération sacro-iliaque, je sens toujours la même traction latérale courte. 196

Technique vertébrale spécifique

- Peut-on utiliser cette seule technique sur toute la colonne ? 199
- Que faire lorsque la technique est douloureuse ? 199
- Mouvements illogiques dans la technique vertébrale spécifique en analytique. 199
- Pouvez-vous traiter ainsi les lésions de second degré ? 199
- Faites-vous encore des thrusts ?.....199
- Vous ne nous parlez jamais des pathologies que vous traitez... 200
- Vous semblez faire fi de la pathologie du patient... 200

Sphère viscérale abdominale

- Le battement artériel me gêne pour travailler sur l'abdomen. 210
- J'ai du mal à travailler avec la tension. 210
- Cette approche éveille souvent de la douleur chez le patient. 210
- Vous proposez très peu de techniques sur la sphère viscérale abdominale... 210
- Considérez-vous le système nerveux central comme un viscère ? 211
- Motilité viscérale et conscience tissulaire. 211-212

Ceintures et membres

- Les allers-retours entre crâne/bassin/crâne doivent-ils prendre beaucoup de temps ? 231
- Et l'anatomie ? Vous n'en parlez pas ! Est-elle devenue inutile ? 231
- Pourtant, Still disait lui-même que l'ostéopathie, c'est de l'anatomie... ..231

ENFANT (CHAPITRE 15)

- Perception parasitée par les mouvements de l'enfant. 239
- Comment éviter que l'enfant pleure ? 239
- Acceptez-vous que les parents assistent à la séance ? 239
- Inquiétude des parents devant les pleurs de l'enfant... 240
- Le lait de vache. 240
- Les vaccinations. 241
- La péridurale. 241
- Interprétation du traitement de la scoliose. 241
- Comment traitez-vous la scoliose ? 241
- Jusqu'à quel âge peut-on utiliser la technique entre crâne et bassin ?... 241
- Traitement des enfants porteurs d'appareillage dentaire. 242
- Lorsque c'est possible, faites-vous enlever l'appareil pour traiter ?..... 242
- Revivre sa naissance est-il indispensable pour bien traiter les enfants ? 242

L'être praticien (chapitre 16)

- En travaillant ainsi, je me sens vite fatigué. 252
- Pouvez-vous donner des conseils diététiques ? 252
- J'ai beaucoup de difficultés à stabiliser mon attention. 252
- Quel temps faut-il pour une séance ? 253
- À vous entendre, l'ostéopathie serait un chemin d'initiation. 253
- Démarche régressive et attention sur le passé. 253
- Traumatismes psychiques et résilience. 253
- L'ostéopathie tissulaire peut-elle se substituer à des démarches de type psychologique ? 253
- Pratiquez-vous systématiquement des régressions en cabinet ? 254
- Puisque vous semblez connaître ces techniques, pourquoi ne les exposez-vous pas ? 254
- Quel chemin conseillez-vous ? 254

La perception de l'être (chapitre 17)

- Encouragement des jeunes ostéopathes à faire n'importe quoi ? 264
- Cela me semble à côté de la réalité. J'ai du mal à accepter ce que vous dites. 264
- Je n'ai aucune perception autre que les perceptions corporelles de palpation. 264
- Percevoir ces choses ne semble pas si évident, pourquoi l'évoquer devant tous ? 264
- Percevez-vous les auras ? À quoi correspondent-elles ? 265
- Cherchez-vous à travailler avec les corps énergétiques ? 266
- Pourquoi évoquer ces corps énergétiques si vous ne les utilisez pas ? 266

Le dialogue tissulaire (chapitre 18)

- N'y a-t-il pas pour le praticien risque d'envahir le monde intérieur du patient ? 281
- Et si le patient refuse que vous interveniez dans ses structures ? 282
- Utilisez-vous des référentiels symboliques ? 282
- Comment formulez-vous vos questions ? 282
- J'ai parfois la sensation que la réaction tissulaire précède la formulation de la question. 282
- J'ai souvent l'impression que la structure ne répond pas à mes questions. 282
- Dans la datation, comment pouvez-vous être certain de l'exactitude de l'information ? 282
- Je ne saisis pas l'utilité de la datation. 283
- Un organisme humain est constitué de cellules qui se renouvellent constamment... 283
- Utilisez-vous systématiquement le travail en interrogation tissulaire ou la remontée sur la ligne ancestrale ? 284
- Verbalisez-vous au patient tout ce que vous faites ou découvrez ? 284
- N'avez-vous pas peur des erreurs ? 284
- Discerner les réactions du patient et celles du praticien. 284
- Prescrivez-vous beaucoup ? 284
- Orientez-vous vers d'autres praticiens ? 285
- À ne pas mettre à la portée de tous, notamment des débutants... 285
- N'avez-vous pas peur d'être considéré comme un gourou ? 285

Traitement à plusieurs praticiens (chapitre 19)

- Selon vous, qu'est-ce qui indique particulièrement le travail à plusieurs praticiens ? 290
- Cette manière de travailler est vraiment déroutante... 290

TABLE DES PHOTOS

Crâne global

1. Prise de mains classique au niveau du crâne 146
2. Prise de mains en tissulaire 146
3. Position générale du praticien 147

Bassin global

1. Placement de la main sous le sacrum 149
2. Contrôle des iliaques 149
3. Prise globale du bassin 150
4. Prise alternative 1 (main pas entre les jambes) 150
5. Prise alternative 2 (main en travers du sacrum) 150

Compression occipitale

1. Placement des mains du praticien 155
2. Placement du crâne du patient 156
3. Placement du praticien et points d'appui 156

Technique hépatique

1. Position générale (sans prise du vêtement) 164
2. Position alternative (avec prise du vêtement) 165
3. Appuis et leviers 165
4. Prise alternative sur le côté, vue postérieure 166
5. Prise alternative sur le côté, vue antérieure 166

Techniques crâniennes et vertébrales

1. Relâchement de la faux du cervelet
   a. Sur le crâne en os 172
   b. Sur le patient 172
2. Relâchement de la tente du cervelet
   a. Sur le crâne en os 172
   b. Sur le patient 173
3. Relâchement de la faux du cerveau
   a. Sur le crâne en os 173
   b. Sur le patient 173
   c. Pôle antérieur (sur le patient) 174
4. Pôle inférieur de la dure-mère
   a. Technique intra-osseuse du sacrum (mise en place des mains) 175
   b. Technique sacro-coccygienne (mise en place des mains) 175
5. Technique vertébrale globale 176

Axe ostéo-articulaire crânien

1. Premier temps (antéro-post) 178
2. Deuxième temps (chaîne antéro-inférieure) 179
3. Troisième temps (chaîne antéro-supérieure) 180

Sphère postérieure globale

1. Mise en place des doigts 181
2. Position sur le crâne du patient 181

Occipito-mastoïde droite directe

1. Position des doigts 182
2. Première prise temporale 182
3. Deuxième prise temporale 183
4. Troisième prise temporale 183

Occipito-mastoïde droite par v-spread modifié

1. Recherche du rebond 184
2. Mise en place sur le patient 184

Articulation temporo-mandibulaire

- Mise en place sur le patient 185

Sphéno-pétreuse

1. Mise en place avec contact sphénoïdal externe 186
2. Mise en place avec contrôle sphénoïdal intra-buccal 187

Sphère antérieure globale

- Prise globale sur les malaires 188

Cervicales

1. Tissus mous cervicaux
   a. Tissus mous postérieurs 188
   b. Tissus mous antéro-latéraux 189
2. Prise cervicale globale
   a. Contrôle de la tête 189

b. Position du praticien 190
3. Spécifique cervicale
a. Prise de mains (index) 190
b. Contrôle de la tête 191
4. Alternative C0-C1 191

Sacrum et lombaires

1. Technique sacro-iliaque
a. Position du patient 193
b. Position du praticien 193
2. Tissus mous de la fesse 194
3. Disques lombaires
a. Mise en place 194
b. Réalisation 194
c. Prise alternative 195
4. Densité vertébrale spécifique
a. Recherche des densité par les rebonds 197
b. Traitement d'une zone dense 197
c. Traitement d'une zone spécifique 198

Cage thoracique

1. Cage thoracique globale (1)
(praticien assis à la tête du patient) 201
2. Cage thoracique globale (2)
(praticien debout à la tête du patient) 202
3. Cage thoracique globale (3)
(praticien debout, patient en décubitus latéral) 203
4. Sternum : recherche des densités par rebonds 203
5. Sternum : traitement d'une zone dense 204
6. Côte spécifique, patient assis 205
7. Côte spécifique, patient en décubitus latéral 205
8. Première côte, avec le membre supérieur 205
9. Première côte directe 206
10. Première côte : placement des mains 206

Diaphragme

1. Libération, patient en décubitus dorsal
a. Mains à plat 207
b. Contrôle avec prise du vêtement 207
2. Libération, patient assis 208

Sphère viscérale abdominale

1. Contact abdominal main ouverte 209
2. Contact abdominal poing fermé 209

Membre supérieur

1. Ceinture scapulaire : approche globale, patient sur le dos 213
2. Ceinture scapulaire : approche globale, patient assis 214
3. Ceinture scapulaire : test, patient assis 215
4. Acromio-claviculaire (1) 216
5. Acromio-claviculaire (2) 216
6. Scapulo-humérale 218
7. Membre supérieur, approche globale 218
8. Coude, approche globale 219
9. Coude, cubito-humérale 220
10. Coude, radio-humérale 221
11. Poignet 221
12. Doigt 222

Membre inférieur

1. Prise globale des membres inférieurs 222
2. Prise globale d'un membre 223
3. Hanche 224
4. Genou par contrôle du tibia 225
5. Genou par contrôle du fémur et du tibia 225
6. Péroné global 226
7. Péronéo-tibiale supérieure 227
8. Péronéo-tibiale inférieure 227
9. Cheville 228
10. Globale du pied 228
11. Sous-astragalienne 229
12. Cuboïde 230
13. Scaphoïde 230
14. Orteil 231

Enfants

1. Prise globale crâne/sacrum 237
2. Prise globale par les pieds 237
3. Travail de la région diaphragmatique et hépatique 238

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 9
L'ostéopathie, c'est la vie 9
Transmettre 10
Problèmes de transmission 10
Transmettre sans figer 10
La palpation 11
L'intégrité 11
L'ostéopathie, une cohérence 12
Difficile à expliquer 13
Difficile à transmettre 13
Soif de reconnaissance 14
Globalité 14
Le cœur et la raison 15
Finalement, le choix 15

CHAPITRE 1. DISCIPLES DE COLOMB 17
Compte-rendu d'opération 17
Communication tissulaire et palpation 18
Les difficultés 18
La présence 19
L'attention 20
L'intention 20
La tension 21
La densité 22
Les paramètres de palpation 22
Cheminement philosophique et historique 23
L'univers que nous percevons 24
L'univers tel que nous le décrivons 24
Le problème du langage 25
Définir 26
Modéliser 27
Le modèle scientifique 27
Évaluation d'un modèle 27
Vivre, c'est modéliser 28
Les « postulats silencieux » de Korzybski 28
Véracité d'un modèle 29
Du modèle au dogme 29
Du dogme à la conscience 30

CHAPITRE 2. COMPLEXUS 32
Vous avez dit holistique ? 32
Tout, sinon rien 32
Globalité, complexité 33
Naissance de la complexité 33
Gérer la complexité 34
Trouver un autre système 34
Complexité cherche modèle 35
Le savoir a son cône 36
Descendre dans le cône : la démarche déductive 37
Remonter dans le cône : la démarche inductive 37
Deux démarches complémentaires 38
Abstraction et cône 39
Mélanges de niveaux 39
Passage par la perception 40
Le novateur 40
La réalité ? Question de point de vue ! 41
Les couples 41
Quelques couples célèbres 42
Gérer les couples 42

CHAPITRE 3. MAÎTRES ET MODÈLES 44
Les modèles stilliens 44
Un modèle biblique 45
Des créatures parfaites par essence 45
Un homme tiraillé 46
Spencer et l'évolutionnisme 46
Autres points clés du modèle stillien 46
Paradoxe stillien, paradoxe américain 48
L'ostéopathie de Littlejohn 48
Une autre culture 49
Le modèle de Littlejohn : l'homme debout 50
L'ostéopathie de Sutherland 51
Une pensée biblique 52
Une pensée qui a évolué 52
L'influence de Walter Russell 53
Dans la lignée de Still 54
Le modèle principal de Sutherland 54
Comparaison des modélisations de Littlejohn et de Sutherland 54
Littlejohn, l'universitaire 54
Sutherland, l'autodidacte 55
Littlejohn, Sutherland, deux manières de voir et de vivre le monde 55
Vivre la vie ou les modèles ? 56

CHAPITRE 4. EN DIRECT AVEC LA VIE : LA PALPATION 58
Histoire de ballon 58
Soufflez dans le ballon 59
Pourquoi une perception si forte ? 59
Ce qui est perçu 59
Plus loin avec le ballon 59
L'attention 60
L'intention 61
Définitions de l'attention et de l'intention 62
Définition de l'attention 62
Définition de l'intention 62
Tester sur un autre 63
L'attention avec un patient 63
L'intention avec un patient 64
Questions/réponses 65

CHAPITRE 5. ÊTRE 69
Philosophie cellulaire 69
La cellule, une conscience 69
Être conscient et en être conscient… 70
Un être, c'est l'immobilité 70
De l'immobilité au mouvement 70
Conscience et perception 71
Du fermé… 72
…à l'ouvert 72
De la philosophie au mouvement 72
Les impulsions rythmiques 73
La perception de l'impulsion rythmique tissulaire 73
La présence 74
Expérimenter la présence 74
Présence et ballon 75
Verbalisation 75
Interprétation 76
Le cercle et le centre 76
Fulcrum 77
Et sur un autre ? 78
Les différents rythmes 78
L'homme trin 78
Questions/réponses 79

CHAPITRE 6. ORGANISER 81
Vitalisme et mécanisme 81
L'ostéopathie, un concept vitaliste 82
Oui, mais la vie ? 82
La vie, moteur d'évolution 83
Quel modèle pour le corps ? 83
Le corps, un système organisé 84
Structure et fonction 84
Malentendu structurel 85
Le mécanisme respiratoire primaire de Sutherland 86
Un concept novateur… 86
…mais une séparation de plus 87
Coupés des sources 87
Un concept scientifiquement impossible 87
Notre modèle d'organisation du corps 88

Un système de consciences organisées 88
Le corps, un lien entre des univers de nature apparemment différente 89
Les finalités du corps 89
Questions/réponses 90

CHAPITRE 7. SURVIVRE 93
La route des fascias 93
Pourquoi ce mouvement ? 94
Pourquoi cette énergie bloquée? 94
De l'inertie 94
Conséquences mécaniques des saturations 95
Le corps, un système duel 95
Univers physique et matière 95
Matière et cycles 97
Matière et évolution 97
Densité, tension, vitesse 97
Les effets de la saturation d'énergie 98
Des conséquences mécaniques 98
Des conséquences biologiques 98
Une augmentation de la vulnérabilité 98
La désaturation 98
Longtemps satisfait 99
De la conscience de la mécanique à la mécanique de la conscience 99
Accepter ou non 99
Préserver la conscience 100
Saturation devient rétention 100
La mécanique de la conscience 101
Anatomie d'une rétention 102
Résistance – refus 102
Diminution de la conscience 102
Augmentation de la vulnérabilité 102
Augmentation de la densité, de la tension et de l'inertie, rétraction 102
Des conséquences mécaniques importantes 102
Rétention et cycles 103
Rétentions et vieillissement 103
Contenu d'une rétention 104
L'information d'une rétention 104
La création du « cas » ostéopathique tissulaire 106
Les flux bloqués dans l'espace et dans le temps 106
Les tentatives d'organisation du corps 106
Systématisation impossible 107
Les sources de rétention 107
Les situations traumatiques 107
Le stress 108
Le domaine métabolique 109
La rétention, un phénomène complexe 109
Questions/réponses 110

CHAPITRE 8. COMMUNIQUER 111
De grandes ambiguïtés 111
Communication et moyens de communications 111
Pourquoi communiquons-nous ? 112
Notre définition de la communication 112
Communiquer avec la structure tissulaire 113
Retour sur attention et intention 113
Rétablir la communication 114
Serrurier 114
Le « réel » de l'autre 114
Le réel d'une zone de rétention 114
Les paramètres objectifs de communication 115
Syntonisation et synchronisation 115
Se syntoniser à la densité 115
Se syntoniser à la tension 115
Se syntoniser à la vitesse 115
Les paramètres subjectifs de la communication 116
Les paramètres de palpation 116
La libération 116
Le still-point comme marquant la fin du cycle de libération 117
L'arrêt en contrainte 118
Conséquences d'une libération 118
Réharmonisation mécanique 118
Reprise du fonctionnement physiologique 118
Retour à la conscience 118
La juxtaposition des zones de rétention 119
Résonance 119
Niveaux de densité 119
Après la libération 119
Questions/réponses 120

CHAPITRE 9. SYNTHÈSE 123
La cellule, une conscience 123
Organisme 123
Organisme vivant, système organisé 124
Le corps interface 124
Lutte pour la survie 124
Conséquences d'une rétention 125
Résoudre une rétention 125
Conséquences de la résolution 125
Objectifs thérapeutiques 125

CHAPITRE 10. MODUS OPERANDI 127
Qu'est-ce que la santé ? 127
Santé absolue et santé relative 127
Relativité des interventions 128
Les données du problème 129
Hypocommunication 129
Disparité 129
Complexité 129
Anamnèse 129
Observer, percevoir 130
Trois phases 130
Phase 1 : un système communicant 130
Comment savoir si le système est vraiment communicant ? 131
Bonjour - bonsoir 131
Lorsque la communication est difficile 131
Lorsque la communication semble vraiment impossible 132
Phase 1 : phénomène final 132
Phase 2 : chercher, trouver, libérer les zones de rétention 133
Les informations importantes 133
Perceptions crâniennes 133
Perceptions sacrées 134
Points relais 135
Compression ou traction ? 135
Les différents types d'approche 135
Phase 2 : phénomène final 136
Phase 3 : l'harmonisation mécanique des tissus du corps 136
Retour à la globalité 136
Phase 3 : phénomène final 137
Quand s'arrêter ? 137
La fin d'une séance 137
La fin d'un traitement 137
Les aides 137
Verbaliser l'intention 138
L'intention de séance 138
Apnée expiratoire 138
Encourager le refus 138
L'interrogation tissulaire 139
Mise en garde 139
Questions/réponses 140

CHAPITRE 11. TECHNIQUES ESSENTIELLES 144
Remarques générales sur les techniques 144
Réalisation d'une technique 144
Changements dans les tissus 145
Origine des techniques tissulaires 145
Adapter 145
La technique : faire et être 145
L'approche crânienne globale 145
Mise en place 145
Points d'appui 146
Stabilité et fixité 146
Points d'appui pour la technique crânienne globale 146
Paramètres subjectifs 147
Paramètres objectifs 147
Réalisation de la technique 147
Phénomène final 147
Remarques importantes 148
Questions/réponses 148
L'approche globale du bassin 149
Mise en place 149
Points particuliers, mise en place des leviers 149
Prises alternatives 150
Paramètres subjectifs 150
Paramètres objectifs 151
Réalisation de la technique 151
Phénomène final 151
Remarques importantes 151

Questions/réponses 152
Le crâne/bassin/crâne **152**
Histoire et raison d'être 152
Phénomène final 153
Remarque importante 153
Questions/réponses 154
La compression occipitale **154**
Scepticisme 154
Indications 155
Mise en place 155
Points d'appui, mise en place des leviers 156
Paramètres subjectifs 156
Paramètres objectifs 156
Réalisation de la technique 157
Phénomène final 157
Remarques importantes 157
Après la compression 158
Interprétation 158
Approches alternatives 160
Questions/réponses 160
La technique hépatique **164**
Histoire 164
Pourquoi le foie ? 164
Indications de la technique 164
Mise en place 164
Paramètres subjectifs 165
Paramètres objectifs 165
Réalisation de la technique 165
Phénomène final 166
Approches alternatives 166
Remarques importantes 167
Après la technique 167
Questions/réponses 167

CHAPITRE 12. LE CRÂNE ET LA COLONNE VERTÉBRALE **169**
Le crâne, vertèbres modifiées ? **169**
Théorie concernant la dure-mère **170**
Le collier et ses perles... 170
L'arc et sa corde 170
Conséquence logique 170
Notre logique 171
La dure-mère crânienne **171**
Indications de la technique 171
Une réalisation en trois temps 171
Relâchement des insertions de la faux du cervelet 171
Relâchement des insertions de la tente du cervelet 172
Relâchement des insertions de la faux du cerveau 173
Après la technique 174
Pôle inférieur de la dure-mère **174**
Indication de la technique 174
Réalisation de la technique 175
Après la technique 175
Technique sacro-coccygienne 175
Technique vertébrale globale **176**
Réalisation de la technique 176
Après la technique 177
Questions/réponses 177
Axe ostéo-articulaire crânien **178**
Indication tissulaire 178
Premier temps : équilibration entre les pôles antérieur et postérieur 178
Deuxième temps : la chaîne antérieure et inférieure 179
Troisième temps : la chaîne antérieure et supérieure 180
Après la technique 180
Questions/réponses 180
Sphère postérieure crânienne **181**
Indication tissulaire 181
Sphère postérieure globale 181
Temporal : région occipito-mastoïde par technique directe 182
Temporal : région occipito-mastoïde par v-spread modifié 184
Temporal : région temporo-mandibulaire 185
Questions/réponses 186
Temporal : région sphéno-pétreuse 186
Sphère antérieure crânienne **187**
Indication tissulaire 187
Sphère antérieure globale 187
Cervicales **188**
Indications tissulaires 188
Tissus mous cervicaux postérieurs 188
Cervicales, approche globale 189
Cervicales, technique spécifique 190
Sacro-iliaques et lombaires **191**
Informations tissulaires à partir du sacrum 191
Technique sacro-iliaque 192
Les tissus mous du bassin 193
Technique sur les disques lombaires 194
Questions/réponses 195
Densités vertébrales **196**
Recherche des densités vertébrales : les rebonds 196
Traitement d'une zone vertébrale dense 197
Traitement d'un niveau vertébral spécifique 198
Questions/réponses 199

CHAPITRE 13. LA SPHÈRE VISCÉRALE ET LA CAGE THORACIQUE **201**
Cage thoracique et viscères **201**
Technique de relâchement global (1) 201
Technique de relâchement global (2) 202
Technique de relâchement global (3) 203
Le sternum : recherche des rebonds 203
Densité sternale 204
Libération d'une côte spécifique 204
Technique de libération de la première côte (1) 205
Libération de la première côte (2) 206
Le diaphragme **207**
Technique sur le diaphragme en décubitus dorsal 207
Technique sur le diaphragme en position assise 207
Viscéral abdominal **208**
Un abord particulier 208
Technique sur la région hépatique 208
Approche globale de la sphère abdominale 208
Questions/réponses 210

CHAPITRE 14. CEINTURES ET MEMBRES **213**
Le membre supérieur **213**
Ceinture scapulaire : approche globale, patient en décubitus 213
Ceinture scapulaire : approche globale, patient assis 214
Ceinture scapulaire : recherche d'information, patient assis 215
Ceinture scapulaire : acromio-claviculaire (1) 215
Ceinture scapulaire : acromio-claviculaire (2) 216
Ceinture scapulaire : sterno-claviculaire 217
Ceinture scapulaire : scapulo-humérale 217
Membre supérieur : approche globale 218
Membre supérieur : le coude global 219
Membre supérieur : articulation cubito-humérale et cubitus intra-osseux 220
Membre supérieur : articulation radio-humérale et radius intra-osseux 221
Membre supérieur : le poignet 221
Membre supérieur : doigts 221
Le membre inférieur **222**
Ceinture pelvienne 222
Membre inférieur : approche globale (1) 222
Membre inférieur : approche globale (2) 223
Membre inférieur : hanche 224
Membre inférieur : genou (1) 224
Membre inférieur : genou (2) 225
Membre inférieur : péroné global 226
Membre inférieur : extrémité supérieure du péroné 226
Membre inférieur : extrémité inférieure du péroné 227
Membre inférieur : cheville 227
Membre inférieur : tarse global 228
Membre inférieur : sous-astragalienne 229
Membre inférieur : cuboïde 229
Membre inférieur : scaphoïde 230

Membre inférieur : orteil 231
Questions/réponses 231

Chapitre 15. Les enfants 233
Un peu d'histoire 233
« Chose » ou être ? 233
La « petite chose fragile » 234
Et si la « chose » était consciente ? 234
Une densité parfois importante 235
Une structure qui va spontanément vers la correction 235
Des charges émotionnelles très fortes 235
La naissance, un processus global 236
Bébé, mais une déjà longue histoire 236
***Modus operandi* chez le bébé et l'enfant 236**
Libération corporelle globale chez le nouveau-né 236
Technique diaphragmatique et hépatique 238
Questions/réponses 239

Chapitre 16. *Être*, le praticien
Le praticien doit être patient 243
De la chose à la conscience 243
La « chose » et autre chose 243
Mon premier patient 244
Qui suis-je ? 244
Cas de consciences 245
Attention et rétention 245
La relation praticien/patient 246
La fin de l'objectivité 246
Efficacité 247
Stabilité et fixité 247
Résonances et réactivation 248
Quelques solutions 248
Centrage, présence et lâcher prise, préalables indispensables 248
La maintenance du praticien 249
L'amélioration du praticien 250
Les recettes du Père Tricot… 250
Accepter au lieu de refuser 250
La synchronisation, une clé 251
Informer son propre système de ce qui se passe 251
Le praticien idéal 251
Questions/réponses 252

Chapitre 17. La perception de l'être 256
De la perception du corps à la perception de l'être 256
Qu'est-ce que percevoir pour une conscience ? 257
Conscience et perception 257
Perception et attention 257
Pour une pédagogie de la perception 258
Le premier obstacle 258
Priorité à l'expérimentation 258
La véracité des perceptions 259
Évaluer l'existant 259
Trouver le bon niveau 260
Pratique pour évaluer l'existant 260
Évaluer les potentialités 260
Pratique à la recherche des perceptions sporadiques 261
Établir un référentiel personnel 261
Pratique pour établir le référentiel 261
Une priorité 261
Revenons à nos fulcrums 262
La conscience comme fulcrum 262
Localiser la conscience 262
Pour résumer 263
Pratique : localiser le fulcrum matériel centrant le ballon 263
Pratique : localiser le fulcrum non matériel 263
Questions/réponses 264

Chapitre 18. Le dialogue tissulaire 267
Le monde du dedans et le monde du dehors 267
L'espace intérieur, un concentré d'informations 268
La relation de la conscience à l'environnement 268
L'échange, seule garantie de survie du vivant 268
Énergie et information 268
La gestion de l'information 268
Réception/input : perception/influx 269
Intégration : traitement de l'information 269
Réponse/output : décisions d'action/efflux 269
Évolution des organismes et des consciences 269
Pour résumer 270
Un modèle pour la biocommunication 270
De la biorelation à la biocommunication 270
***Modus operandi* 271**
Phase 1 : vérifier que le système communique 271
La communication avec les consciences corporelles en tant que groupe 271
Phase 2 : chercher, trouver, libérer 273
Phase 3 273
Recevoir l'information 273
L'intuition 273
Intuition et savoir 273
L'anamnèse dynamique 274
Difficultés de la vie présente 274
Demander l'information 275
Demander la voie à suivre 275
Dialoguer avec les tissus 276
Vérifier les informations objectives 276
Vérifier une perception ou une intuition 276
Verbalisation de l'intention : je m'adresse à… 277
Travailler avec le refus 277
Rechercher la source de la rétention 277
Dater 279
La lignée ancestrale 279
Test de substances 280
Pour conclure 281
Questions/réponses 281

Chapitre 19. Traiter à plusieurs 287
Enracinement, présence 288
Encore les ballons 288
Mise en place 288
Un coordinateur 288
***Modus operandi* 288**
Phase 1 289
Phase 2 289
Phase 3 289
Interrogation tissulaire 289
Questions/réponses 290

Conclusion. Still-point 291
Faire le point 291
Conscience et globalité 291
Vivre le complexe 291
Et maintenant ? 291
Expérimenter 291
Intégrer 291
Poursuivre 292
L'approche tissulaire demain 292

En guise d'épilogue 293

Bibliographie 294

Glossaire 299

Table des questions/réponses 311

Table des photos 314

Table des matières 316

Chez le même éditeur

Beryl E. Arbuckle, *Ostéopathie crânienne pour le nouveau-né et l'enfant.*
Jean-Marie Bastide, Éric Perraux, *Ostéopathie et sport.*
Rollin E. Becker, *La vie en mouvement. La vision ostéopathique de Rollin E. Becker.*
Rollin E. Becker, *L'immobilité de la vie. La philosophie ostéopathique de Rollin E. Becker.*
Erich Blechschmidt, *Comment commence la vie humaine.*
Gilles Boudéhen, *Ostéopathie crânienne structurelle.*
Gilles Boudéhen, *Protocole de soins ostéopathiques pour le bébé et l'enfant.*
Bénédicte Buttet-Miquel, *Ostéopathie viscérale : recueil des techniques palpatoires et diagnostiques selon Frantz Glénard.*
Jane E. Carreiro, *Une approche de l'enfant en médecine ostéopathique.*
Paul Chauffour, Eric Prat, *Le Lien Mécanique Ostéopathique.*
P. Chauffour, E. Prat, J. Michaud, *Le Lien Mécanique Ostéopathique : artères et système neuro-végétatif.*
P. Chauffour, E. Prat, J. Michaud, *Le Lien Mécanique Ostéopathique : lésions ostéopathiques de l'os.*
Bruno Conjeaud, *Grossesse, hormones et ostéopathie.*
Zachary Comeaux, *Ostéopathie et Médecine du futur.*
Zachary Comeaux, *Ostéopathie harmonique – Traitement oscillatoire et techniques rythmiques myofasciales.*
Antoine Dixneuf, *Guide pratique des techniques de Jones.*
J.A. Duval, *Techniques ostéopathiques d'equilibre et d'échanges réciproques.*
Marie-Odile Fessenmeyer, *L'os, un outil de diagnostic.*
Jean-Philippe Foissy, *La désengrammation en ostéopathie énergétique.*
Fabrice Fosse, Natacha Gimenez, *Traité pratique d'ostéopathie mécaniste chez le chien et le cheval.*
Gérard Guasch, *Quand le corps parle – Pour une autre psychanalyse.*
Yves Guillard, *L'ostéopathie en douceur.*
Nicholas Handoll, *Anatomie de la puissance vitale.*
Françoise Hématy-Vasseur, *Le T.O.G.*
Guy Dudley Hulett, *Manuel de principes de l'ostéopathie.*
Pascal Javerliat, *Précis de matière ostéopathique.*
Célia Le Dressay, *L'ostéopathie pour tous.*
Paul Lee, *Interface – Mécanismes de l'esprit en ostéopathie.*
Harold I. Magoun, *Ostéopathie dans le champ crânien.*
Hugh Milne, *Au cœur de l'écoute.*
Serge Paoletti, *Les Fascias – Rôle des tissus dans la mécnique humaine.*
Charles Riddley, *Stillness - Pratique crânienne biodynamique et évolution de la conscience.*
Raymond Solano, *Ostéopathie pour les bébés et les enfants ; Le nourrisson, l'enfant et l'ostéopathie crânienne.*
C.A. Speece, W. Crow, *Techniques d'équilibration articulo-ligamentaires.*
A.T. Still, *Autobiographie ; Ostéopathie : recherche et pratique ; Philosophie de l'ostéopathie ; Philosophie et principes mécaniques de l'ostéopathie.*
W. G. Sutherland, *Textes fondateurs de l'ostéopathie dans le champ crânien.*
Pierre Tricot, *Approche tissulaire de l'ostéopathie. Livre 2.*
Carol Trowbridge, *Naissance de l'ostéopathie.*
Patrick Varlet, *Ostéopathie somato-émotionnelle.*
Rémi Wogue, *L'os temporal, la mandibule et l'os hyoïde.*

www.editions-sully.com

Achevé d'imprimer en janvier 2014 par
Imprimerie Pulsio, Paris, 75018
Dépôt légal : décembre 2011
Imprimé en Bulgarie, Union Européenne

Approche tissulaire de l'ostéopathie

• Livre 1 •

Un modèle du corps conscient

À corps vivant, corps conscient.
Voilà l'hypothèse à partir de laquelle Pierre Tricot a développé l'approche tissulaire en ostéopathie. Concevoir le système corporel comme conscient oblige le praticien à modifier complètement sa manière de l'aborder : d'objet sur lequel agir, il devient sujet avec lequel communiquer.
Le système corporel n'est pas seulement conscient, il est également extraordinairement complexe. Reconnaître, accepter, composer et communiquer avec cette complexité oblige à collaborer avec le vivant pour l'aider à recouvrer harmonie et santé. En s'adressant au vivant comme à une conscience, le praticien englobe et unifie le système corporel.
Cette approche prend sa source en même temps qu'elle fonde la philosophie d'A. T. Still et de W. G. Sutherland qu'elle éclaire d'un jour nouveau, mettant en lumière la pensée visionnaire et le génie des deux hommes.
Ce livre s'adresse aussi bien au praticien qu'à l'étudiant. Le professionnel y trouvera des réponses aux difficultés qu'il rencontre pour aider ses patients, l'étudiant, perdu dans le dédale des connaissances accumulées sur l'humain vivant, la cohérence indispensable à la compréhension de ses ressorts profonds et souvent cachés.
Outre l'éclairage inattendu et novateur qu'il offre sur le vivant, cet ouvrage est également un manuel résolument pratique, proposant de nombreux exercices d'entraînement destinés à améliorer palpation et perception, un *modus operandi*, et des techniques aujourd'hui éprouvées pour travailler avec lui et l'aider à manifester la santé.

Pierre Tricot a reçu une formation de kinésithérapeute, puis, dès le début des années 70, d'ostéopathe, auprès de René Quéguiner et Francis Peyralade.
Le manque de cohérence des études dans l'appréciation du vivant, associé à des difficultés de perception l'ont poussé vers une recherche personnelle. Les solutions expérimentées ont ouvert la voie à sa perception et montré leurs validités thérapeutique en cabinet, et pédagogique en quinze ans d'enseignement. Après la rencontre d'ostéopathes confirmés, le besoin de se connecter aux sources mêmes de l'ostéopathie l'a conduit à traduire les textes fondateurs de Still et à s'intéresser à l'histoire et la philosophie de l'ostéopathie.
Dès 1998, il a activement participé à la naissance et la rédaction des premiers numéros d'*ApoStill, Le Journal de l'Académie d'Ostéopathie de France*.

9 782911 074400

50 €

ISBN 2-911074-40-8